

psychiatrische stoornissen
uitwerking DSM-V samengesteld door René Heebink

Inhoudsopgave

1	DSM-V	1
1.1	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	1
1.1.1	Geschiedenis	1
1.1.2	Doel	2
1.1.3	Gebruik	2
1.1.4	Structuur	2
1.1.5	Voorbeelden uit de DSM	2
1.1.6	Overzicht hoofdcategorieën	3
1.1.7	Kritiek	3
1.1.8	DSM-5	4
2	ontwikkelingsstoornissen	5
2.1	Ontwikkelingsstoornis	5
2.1.1	Vormen	5
2.2	Mentale retardatie	5
2.2.1	Oorzaken	5
2.2.2	Gradaties	6
2.2.3	Vormen	6
2.2.4	Behandeling	6
2.2.5	Zelfstandigheid	6
2.2.6	Onderwijs	7
2.2.7	Rechtenbeweging	7
2.2.8	Dubbele diagnose : Mentale retardatie en problemen op het vlak van geestelijke gezondheid	8
2.2.9	Zie ook	8
2.2.10	Externe links	8
2.3	Dyslexie	8
2.3.1	Onderzoek	9
2.3.2	Vormen van dyslexie	9
2.3.3	Diagnose	9
2.3.4	Erfelijkheid	9
2.3.5	Kenmerken	9
2.3.6	Onderzoekresultaten	10
2.3.7	Twijfels	10

2.3.8	Didactische verwaarlozing	10
2.3.9	Zie ook	10
2.3.10	Externe links	10
2.4	Dyscalculie	10
2.4.1	Diagnose	10
2.4.2	Stoornis	11
2.4.3	Kenmerken en symptomen	11
2.4.4	Criteria	11
2.4.5	Interventies	11
2.4.6	Zie ook	12
2.4.7	Externe links	12
2.5	Dyspraxie	12
2.5.1	Kenmerken van dyspraxie	12
2.5.2	Combinatie met andere aandoeningen	13
2.6	Stotteren	13
2.6.1	Oorzaken en ontwikkeling	13
2.6.2	Verschijselen	13
2.6.3	Openlijk/verborgen stotteren	14
2.6.4	Statistieken	14
2.6.5	Therapie	14
2.6.6	Mensen die stotteren	14
2.6.7	Tips voor het spreken met een persoon die stottert	15
2.6.8	Literatuur	15
2.6.9	Externe links	15
2.7	Pervasieve ontwikkelingsstoornis	16
2.7.1	Soorten	16
2.7.2	Mentale en lichamelijke elementen	16
2.7.3	Zie ook	16
2.7.4	Externe links	16
2.7.5	Voetnoten	16
2.8	Autistische stoornis	16
2.8.1	DSM-IV-criteria	17
2.8.2	Ondersteuning	17
2.8.3	In populaire cultuur	17
2.8.4	Zie ook	18
2.9	Syndroom van Rett	18
2.9.1	Kenmerken	18
2.9.2	Oorzaken	18
2.9.3	Behandeling en vooruitzichten	19
2.9.4	Erfelijkheid	19
2.9.5	Ontdekking	19

2.9.6	Externe links	19
2.10	Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd	19
2.11	Syndroom van Asperger	20
2.11.1	Geschiedenis	20
2.11.2	Asperger en het autismespectrum	21
2.11.3	Kenmerken	22
2.11.4	Gevolgen van het syndroom van Asperger	25
2.11.5	Ondersteuning	28
2.11.6	Zie ook	28
2.11.7	Externe links	28
2.11.8	Literatuur	28
2.11.9	Noten	28
2.12	PDD-NOS	29
2.12.1	Kenmerken	29
2.12.2	Oorzaken en gevolgen	29
2.12.3	Raakvlakken met ADHD en ADD	30
2.12.4	Ondersteuning	30
2.12.5	Opmerking	30
2.12.6	Zie ook	30
2.12.7	Externe link	30
2.13	ADHD	30
2.13.1	De geschiedenis van ADHD	30
2.13.2	Voorkomen	30
2.13.3	Kenmerken en diagnose	31
2.13.4	Oorzaken van ADHD	32
2.13.5	Bijkomende problematiek	33
2.13.6	Behandeling	34
2.13.7	Controverse	37
2.13.8	Zie ook	37
2.14	Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	37
2.14.1	Zie ook	37
2.14.2	Externe link	37
2.15	Antisociale gedragsstoornis	38
2.16	Pica (gedrag)	38
2.16.1	Etymologie	38
2.16.2	Oorzaken	38
2.16.3	Voorkomen	38
2.16.4	Voorbeelden	38
2.16.5	Gezondheidsrisico's	39
2.16.6	Behandeling	39
2.17	Ruminatiestoornis	40

2.17.1	Classificatie	40
2.18	Ticstoornis	40
2.19	Syndroom van Gilles de la Tourette	40
2.19.1	Kenmerken	40
2.19.2	Geschiedenis	41
2.19.3	Prevalentie	42
2.19.4	Externe links	42
2.20	Separatieangst	42
2.20.1	Kinderen	42
2.20.2	Volwassenen	42
2.20.3	Politiek	42
2.21	Reactieve hechtingsstoornis	42
2.21.1	Verschijnselen	42
2.21.2	DSM-IV criteria	43
2.21.3	Beloop	43
2.21.4	Risicofactoren en ernst	43
2.21.5	Zie ook	44
2.21.6	Externe link	44
2.22	Selectief mutisme	44
2.22.1	Kenmerken	44
2.22.2	Oorzaken	44
2.22.3	Sociale angst	44
2.23	Stereotiepe-bewegingsstoornis	44
3	cognitieve stoornissen	46
3.1	Delier	46
3.1.1	Delirium in stripverhaal	46
3.1.2	Externe links	46
3.2	Dementie	46
3.2.1	Symptomen en kenmerken	47
3.2.2	Dementie en leeftijd	47
3.2.3	Vóórkomen	47
3.2.4	Vormen van dementie	47
3.2.5	Oorzaken van dementie	48
3.2.6	Behandeling	48
3.2.7	Hulp van lotgenoten	48
3.2.8	Uitspraak dementie of dementie?	48
3.2.9	Zie ook	49
3.2.10	Externe links	49
3.3	Ziekte van Alzheimer	49
3.3.1	Geschiedenis	49
3.3.2	Ziektebeeld	49

3.3.3	Oorzaken	50
3.3.4	Vroege detectie	51
3.3.5	Alzheimer en opleidingsniveau	51
3.3.6	Voorkomen	52
3.3.7	Enkele cijfers	52
3.3.8	Behandeling	52
3.3.9	Geneesmiddelen	52
3.3.10	Hulp verstrekken	53
3.3.11	Onderzoek en ondersteuning	54
3.3.12	Externe links	54
3.4	Vasculaire dementie	54
3.4.1	Oorzaken	54
3.4.2	Diagnose	54
3.4.3	Symptomen	55
3.4.4	Voorkomen	55
3.4.5	Hulp van lotgenoten	55
3.4.6	Externe links	55
3.5	Lewy-body-dementie	55
3.5.1	Omschrijving	55
3.5.2	Verschijnselen	55
3.5.3	Behandeling	56
3.5.4	Zie ook	56
3.5.5	Externe links	56
3.6	Ziekte van Pick	56
3.6.1	Symptomen	56
3.6.2	Hulp van lotgenoten	56
3.6.3	Externe link	57
3.7	Dementia praecox	57
3.7.1	Kraepelin	57
3.7.2	Bleuler	57
3.8	Frontotemporale dementie	57
3.8.1	Literatuurverwijzingen	57
3.9	Ziekte van Huntington	57
3.9.1	Erfelijke aspecten	58
3.9.2	Diagnose	58
3.9.3	Algemeen voorkomen	58
3.9.4	Behandeling	58
3.9.5	Externe links	59
3.10	Geheugenverlies	59
3.10.1	Twee vormen van amnesie	59
3.10.2	Oorzaken van amnesie	59

3.10.3	Amnesie en hersenen	60
3.10.4	Amnesie en vergeten	60
3.10.5	Zie ook	60
3.10.6	Externe links	60
3.11	Syndroom van Korsakov	60
3.11.1	Geschiedenis	60
3.11.2	Ontstaan	60
3.11.3	Symptomen	61
3.11.4	Begeleiding korsakovpatiënten	61
3.11.5	Externe links	62
4	psychische stoornis door een somatische aandoening	63
4.1	Psychotische stoornis door een somatische aandoening	63
4.1.1	Classificatie	63
5	aan middelen gebonden stoornissen	64
5.1	Psychotische stoornis door middelengebruik	64
5.1.1	Classificatie	64
5.1.2	Zie ook	64
6	schizofrenie en andere psychotische stoornissen	65
6.1	Schizofrenie	65
6.1.1	Introductie	65
6.1.2	Geschiedenis	66
6.1.3	Demografische data	67
6.1.4	Diagnose	67
6.1.5	Prognose	70
6.1.6	Ziekteverloop	71
6.1.7	Oorzaken en risicofactoren	71
6.1.8	Mechanismen	73
6.1.9	Behandeling	75
6.1.10	Preventie	77
6.1.11	Maatschappelijk en cultureel	77
6.1.12	Externe links	77
6.2	Psychose	77
6.2.1	Symptomen	77
6.2.2	Gevoeligheid	78
6.2.3	Beschrijving	78
6.2.4	Vroege detectie	79
6.2.5	Behandeling	79
6.2.6	Psychotische stoornissen	79
6.2.7	Naam	79

7	stemmingsstoornissen	80
7.1	Stemmingsstoornis	80
7.2	Depressie (klinisch)	80
7.2.1	Recidiverende depressieve stoornis	80
7.2.2	Dysthyme stoornis	82
7.2.3	Lichamelijke aandoeningen en depressie	82
7.2.4	Affectvervlakking	82
7.2.5	Middelengebruik en depressie	82
7.2.6	Omgang	82
7.2.7	Beeld	83
7.2.8	Behandelingen	83
7.2.9	De immuuntheorie	84
7.2.10	Zie ook	84
7.2.11	Externe links	84
7.3	Dysthyme stoornis	84
7.3.1	Oorzaken	84
7.4	Bipolaire stoornis	85
7.4.1	Soorten	85
7.4.2	Oorzaken	85
7.4.3	Behandeling	86
7.4.4	Externe links	86
8	angststoornissen	87
8.1	Angststoornis	87
8.1.1	Behandeling	87
8.1.2	Externe link	87
8.2	Acute stressstoornis	87
8.3	Agorafobie	88
8.3.1	Literatuurverwijzingen	89
8.4	Angststoornis door een somatische aandoening	89
8.5	Gegeneraliseerde angststoornis	89
8.5.1	Verschijnselen	89
8.5.2	Behandeling	90
8.6	Obsessieve-compulsieve stoornis	90
8.6.1	Algemeen	90
8.6.2	Oorzaken	90
8.6.3	Diversen	91
8.6.4	Diagnostische criteria	91
8.6.5	Behandeling	92
8.6.6	Literatuur	92
8.6.7	Externe links	92
8.7	Paniekstoornis	92

8.7.1	Oorzaak	93
8.7.2	Behandeling	93
8.8	Posttraumatische stressstoornis	94
8.8.1	Symptomen	94
8.8.2	Indeling	94
8.8.3	Behandeling	94
8.8.4	Noten	94
8.9	Specifieke fobie	95
8.9.1	Oorzaken	95
8.9.2	Behandeling	95
8.10	Sociale fobie	96
8.10.1	Omschrijving	96
8.10.2	Onderzoeken	96
8.10.3	DSM-IV-classificatie	96
8.10.4	Gevolgen	97
8.10.5	Literatuurverwijzingen	97
8.11	Angststoornis door alcohol of drugs	97
8.12	Emetofobie	97
8.12.1	Feiten	98
8.12.2	Externe link	98
8.12.3	Literatuurverwijzingen	98
9	somatoforme stoornis	99
9.1	Somatoforme stoornis	99
9.1.1	Diagnostiek	99
9.1.2	Dynamiek	99
9.1.3	Behandelrichtlijn	99
9.1.4	Systematiek	99
9.1.5	Zie ook	99
9.2	Somatisatiestoornis	100
9.3	Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	100
9.3.1	Criteria	100
9.3.2	Behandeling	100
9.4	Conversiestoornis	100
9.4.1	Trivia	101
9.5	Pijnstoornis	101
9.6	Hypochondrie	101
9.6.1	Zie ook	101
9.7	Stoornis van de lichaamsbeleving	101
9.7.1	Normale zorgen versus obsessie over uiterlijk	101
9.7.2	Soorten obsessies	102
9.7.3	Prevalentie-cijfers	102

9.7.4	Diagnose	102
9.7.5	BDD kan zich op de volgende manieren presenteren	102
9.7.6	Behandeling	103
9.7.7	Bron	104
9.7.8	Zie ook	104
9.7.9	Externe links	104
10	nagebootste stoornis	105
10.1	Nagebootste stoornis	105
10.2	Pseudologia phantastica	105
10.2.1	Algemeen	105
10.2.2	Pseudologia	106
10.2.3	Pathologisch liegen	106
10.2.4	Zie ook	106
10.3	Syndroom van Münchhausen	106
10.3.1	Oorsprong van de naam	106
10.4	Syndroom van Münchhausen by proxy	106
10.4.1	Beschrijving	107
10.4.2	Geschiedenis	107
10.4.3	Naamsverklaring	107
10.4.4	Herkenning	107
11	dissociatieve stoornissen	109
11.1	Dissociatieve stoornis	109
11.1.1	Externe links	109
11.2	Dissociatieve amnesie	109
11.2.1	Externe link	109
11.3	Dissociatieve fugue	110
11.3.1	Externe link	110
11.4	Dissociatieve identiteitsstoornis	110
11.4.1	Kenmerken	110
11.4.2	Overige kenmerken	110
11.4.3	Algemeen	110
11.4.4	Oorzaken	111
11.4.5	Onderzoek	111
11.4.6	Psychotherapie	111
11.4.7	Geschiedenis en literatuur	112
11.4.8	Zie ook	112
11.4.9	Referenties	112
11.4.10	Externe links	113
11.5	Depersonalisatiestoornis	113
11.5.1	Behandeling	113

11.5.2	Externe link	114
11.6	Dissociatieve stoornis nao	114
11.6.1	Zie ook	114
11.6.2	Externe links	114
12	seksuele stoornissen	115
12.1	Seksuele disfunctie	115
12.1.1	Zie ook	115
12.2	Erectiestoornis	115
12.2.1	Erectiemechanisme	115
12.2.2	Oorzaken van impotentie	115
12.2.3	Medicijnen	116
12.2.4	Lichamelijk onderzoek	116
12.2.5	Zie ook	116
12.3	Anorgasmie	116
12.4	Vaginisme	117
12.4.1	Zie ook	117
12.4.2	Externe link	117
12.5	Parafilie	117
12.5.1	Geschiedenis	117
12.5.2	Controverse	117
12.5.3	Wetgeving	117
12.5.4	Overzicht	117
13	eetstoornissen	119
13.1	Eetstoornis	119
13.1.1	Mogelijke oorzaken voor een eetstoornis ^[1]	119
13.1.2	Zie ook	120
13.1.3	Externe links	120
13.2	Anorexia nervosa	120
13.2.1	Geschiedenis	121
13.2.2	Risicogroep	121
13.2.3	Ziektebeeld	121
13.2.4	Behandeling	121
13.2.5	Hypothesen	122
13.2.6	Pro-ana	122
13.2.7	Zie ook	123
13.2.8	Externe links	123
13.3	Boulimie	123
13.3.1	Kenmerken	123
13.3.2	Oorzaken	123
13.3.3	Mogelijke gevolgen van boulimia nervosa	123

13.3.4	Zie ook	124
13.3.5	Externe link	124
13.3.6	Referenties	124
13.4	Eetbuistoornis	124
13.4.1	Zie ook	124
13.5	Orthorexia nervosa	125
13.5.1	Etymologie	125
13.5.2	Oorzaken	125
13.5.3	Externe link	125
13.5.4	Referenties	125
14	slaapstoornissen	126
14.1	Slaapstoornis	126
14.1.1	Slaapstoornissen	126
14.1.2	Reportageserie	126
14.1.3	Oorzaken	126
14.1.4	Externe links	127
14.2	Slapeloosheid	127
14.2.1	Behandeling	127
14.2.2	Tips voor het omgaan met slapeloosheid	128
14.3	Narcolepsie	128
14.3.1	De symptomen van narcolepsie	128
14.3.2	Neurologische verklaring	129
14.3.3	Oorzaken van narcolepsie	129
14.3.4	Diagnose	129
14.3.5	Behandeling	130
14.3.6	Externe links	130
14.4	Slaapapneu	130
14.4.1	Achtergrond	130
14.4.2	Twee syndromen	130
14.4.3	Obstructief slaapapneusyndroom	131
14.4.4	Diagnostiek	131
14.4.5	Actueel probleem	131
14.4.6	Behandeling	132
14.5	Slaapwandelen	133
14.5.1	Beeldwit	133
14.6	Hypersomnie	133
14.6.1	Zie ook	134
14.7	Rustelozebenenensyndroom	134
14.7.1	Ziektebeeld	134
14.7.2	Diagnose	134
14.7.3	Periodiek bewegen van ledematen	134

14.7.4	Oorzaken	134
14.7.5	Behandeling	134
14.7.6	Externe links	135
15	stoornissen in de impulsbeheersing	136
15.1	Stoornis in de impulsbeheersing	136
15.2	Kleptomanie	136
15.2.1	Omschrijving	136
15.2.2	Oorzaak en behandeling	136
15.2.3	Zie ook	136
15.3	Pathologisch gokken	137
15.3.1	Wetsvoorstel kansspelen op afstand	137
15.3.2	Zie ook	137
15.4	Pyromanie	137
15.4.1	Stoornis	138
15.5	Periodieke explosieve stoornis	138
15.6	Trichotillomanie	138
15.6.1	Oorzaken	139
15.6.2	Behandeling	140
15.6.3	Externe links	141
16	aanpassingsstoornissen	142
16.1	Aanpassingsstoornis	142
16.1.1	Classificatie	142
16.1.2	Nederlandse zorgverzekering	142
17	persoonlijkheidsstoornissen algemeen	143
17.1	Persoonlijkheidsstoornis	143
17.1.1	DSM-IV	143
17.1.2	DSM III	143
18	persoonlijkheidsstoornissen cluster A	144
18.1	Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	144
18.2	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	144
18.3	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	144
18.3.1	Controverse	145
19	persoonlijkheidsstoornissen cluster B	146
19.1	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	146
19.1.1	Classificatie	146
19.1.2	Kenmerkend gedrag	146
19.1.3	Criminaliteit	147
19.1.4	Oorzaken	147

19.1.5	Prognose	147
19.1.6	Zie ook	147
19.2	Borderline-persoonlijkheidsstoornis	147
19.2.1	Kenmerken	148
19.2.2	Verloop	148
19.2.3	Ontstaan	148
19.2.4	De omgeving	149
19.2.5	Behandeling	149
19.2.6	Literatuur	149
19.2.7	Memoires	150
19.2.8	Externe links	150
19.3	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	150
19.3.1	Kenmerken	150
19.3.2	Literatuurverwijzing	150
19.4	Theatrale persoonlijkheidsstoornis	150
20	persoonlijkheidsstoornissen cluster C	152
20.1	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	152
20.2	Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	152
20.2.1	Kenmerken	152
20.3	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	153
20.3.1	Omschrijving	153
20.3.2	Onderzoek	153
20.3.3	Geschiedenis	153
20.3.4	Kenmerken	153
20.3.5	Oorzaken	153
20.3.6	Subtypes	154
20.3.7	DSM-IV classificatie	154
20.3.8	Behandeling	154
21	Tekst-en beeldbronnen, medewerkers en licenties	155
21.1	Tekst	155
21.2	Afbeeldingen	165
21.3	Inhoudslicentie	167

Hoofdstuk 1

DSM-V

1.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM, vertaling 'diagnostisch en statistisch handboek voor psychische stoornissen') is een Amerikaans handboek dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.

De vorige versie (uit 2000) was een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als *DSM-IV-TR*. In mei 2013 is deze opgevolgd door de *DSM-5*.^[1]

De DSM was noodzakelijk geworden om een einde te maken aan de grote internationale spraakverwarring in de literatuur over psychische aandoeningen. Termen als "depressie" of "psychose" werden door verschillende auteurs heel anders ingevuld en waren vaak ook nationaal gekleurd.

Zo kon met de DSM veel meer eenheid gebracht worden in diagnoses: het was nodig om alle symptomen duidelijk te omschrijven, en *precies* te definiëren welke symptomen kunnen voorkomen bij een ziektebeeld, en *hoeveel* symptomen aanwezig dienen te zijn, voordat er gesproken kan worden van een bepaald syndroom of ziektebeeld bij een patiënt.

1.1.1 Geschiedenis

Vanaf de negentiende eeuw onderging de *geneeskunde* in het algemeen door wetenschappelijk onderzoek een hele evolutie. Ook in de *geestelijke gezondheidszorg* leidde dit tot het opstellen van systematische indelingen van *psychische aandoeningen*.

In ongeveer 60 jaar is het DSM geëvolueerd van DSM-I tot DSM-5. Door de jaren heen zijn de volgende versies openbaar gemaakt:

- DSM-I (1952)
- DSM-II (1968)
- DSM-III (1980)
- DSM-III-R (1987)

- DSM-IV (1994)
- DSM-IV-TR (2000)
- DSM-5: (18-22 mei 2013)^[2] DSM-5 biedt een dimensionale benadering, al dan niet in combinatie met een categoriale benadering.

Afhankelijk van het model dat de professionals die deze indelingen opstelden hanteerden, van voornamelijk biologisch geïntereerd, (zoals Kraepelin) tot meer theoretisch, leidde dit tot andere indelingen, die door en naast elkaar werden gebruikt. Decennialang werd het onderzoek naar de *diagnostiek* en *behandeling* van patiënten ernstig bemoeilijkt, doordat iedere onderzoeker zijn eigen invulling had van een bepaalde diagnostische term. Zo kon in het ene land een bepaalde benadering bij een bepaalde groep patiënten wel aanslaan maar in een ander land helemaal niet.

In de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw kwam er kritiek op de lage onderlinge betrouwbaarheid van bepaalde diagnoses en op de te strikte afbakening van de grenzen tussen normaal en abnormaal gedrag waar deze in werkelijkheid veel vager waren. De noodzaak van een duidelijke en eenduidige diagnose leidde ertoe dat de meerderheid van de professionals in de geestelijke gezondheidszorg anders ging werken. Voortaan zou de voorlopige diagnose met een collega of een *team* worden besproken. Daarvoor moesten de gebruikte diagnostische termen voor allen dezelfde inhoud hebben.

In de geestelijke gezondheidszorg zijn klachten en symptomen van patiënten veelal vaag, complex en onsamenhangend, en wisselt de beoordeling van de ernst ervan sterk met de beoordelaar. Verder zijn er verschillende theorieën over dezelfde term, bijvoorbeeld *schizofrenie*.

Om te pogen in deze chaos orde te scheppen is de DSM ontstaan, met zoveel succes dat het inmiddels in zijn vijfde versie over nagenoeg de gehele wereld wordt gebruikt. Een internationale groep psychiaters, psychologen en epidemiologen kwamen voor de *American Psychiatric Association* samen om een handleiding voor het gebruik van diagnostische termen samen te stellen. Daarmee is niet gezegd dat de DSM perfect is: het blijft een vrij ruwe maatstaf, maar het is wel het meest gehanteerde classificatiemiddel dat er is.

1.1.2 Doel

De DSM is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de *American Psychiatric Association*.

Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) patiënten mogelijk te maken door ondubbelzinnige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen.

De DSM doet vooral uitspraak over de belemmering in het dagelijks functioneren (persoonlijk, relationeel, sociaal, beroepsmatig).

1.1.3 Gebruik

De DSM-IV-TR wordt gebruikt in de gezondheidszorg en daarbuiten in niet-GGZ-diensten zoals zorg voor mensen met een functiebeperking, centra voor leerlingenbegeleiding en centra voor maatschappelijk werk. Zo wordt de DSM-IV-TR gebruikt als naslagwerk met betrekking tot de diagnostiek van autisme. Vóór de opkomst van de DSM waren diagnoses veel meer afhankelijk van de diagnosticus in kwestie, dan van de symptomen van de patiënt. Het DSM-IV omvat eveneens een mappingtabel zowel naar de ICD-9 als naar de ICD-10 classificaties.

1.1.4 Structuur

In de DSM IV-TR is elke geestelijke afwijking voorgesteld als een patroon van duidelijk observeerbare psychische en gedragskenmerken in een individu. Telkens wordt verwezen naar de pijn die elke persoon beleeft of de typische belemmering in het dagelijks functioneren. De DSM IV-TR beschrijft de afwijkingen en je vindt er geen theorieën over mogelijke oorzaken. De DSM IV-TR is als een botanische gids: aan de hand van de beschrijving van objectieve kenmerken, psychische afwijkingen identificeren. Getracht wordt dus de diagnoses te *operationaliseren*: werkbaar te maken, waardoor de kans dat twee waarnemers die dezelfde persoon onderzoeken ook tot ongeveer dezelfde conclusies komen groter wordt.

Elk ziektebeeld krijgt een code (getal) mee, bestaande uit vijf cijfers. Ook binnen het ziektebeeld is nuancering mogelijk. Zo slaat de code 317.00 op een milde intellectuele achterstand terwijl 317.01 doelt op een milde achterstand met welbepaalde gedragskenmerken.

Daarnaast zijn er ook codes voorzien voor condities die niet toe te schrijven zijn aan de te behandelen stoornis (de zogenaamde V-codes). Ingeval van huwelijksproblemen met depressie of angst kan de oorzaak een psychisch lijden veroorzaken, maar even snel verdwijnen na aanpak van de oorzaak. Huwelijksproblemen krijgen dan ook een V-code, meer bepaald V61.10.

Nieuw bij de DSM IV-TR is dat praktisch alle ziektebeelden een of meerdere atypische categorieën toegevoegd

kregen. Een atypische categorie betekent dat de diagnosticus over onvoldoende criteria beschikte om een ziektebeeld te bepalen, maar toch sterke gelijkenissen zag.

Diagnostiek volgens het DSM vindt plaats vanuit 5 gezichtspunten of 'diagnostische assen':

1. primaire symptomatologie, (de 'psychische ziekte') (een klinisch syndroom, ziektebeeld dat niet altijd aanwezig of geweest is, of voorbijgaand is, de zogenaamde acute pathologie)
2. achterliggende persoonlijkheidsstoornissen (en de specifieke ontwikkelingsstoornissen, kenmerken die blijvend zijn),
3. (bijkomende) somatische ziekten (lichamelijke ziekten die psychische ziektebeelden geven) (een wisselende schildklierwerking kan bijvoorbeeld leiden tot depressie, bij te lage werking, of anorexia, bij te hoge werking),
4. psychosociale en uitlokkende factoren (de intensiteit van de psychologische stressor, bijvoorbeeld alleen gaan wonen na een scheiding zal een ander effect hebben dan samenwonen na een scheiding),
5. niveau van functioneren (op een schaal van 1 tot 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil) in de vorm van GAF-score of *Global Assessment of Functioning*-schaal, de mate waarin men zich weet aan te passen aan de omgeving, waarbij 0 betekent dat men geen duidelijke informatie heeft. Deze schaal is belangrijk voor de therapieplanning.

1.1.5 Voorbeelden uit de DSM

Voorbeelden van personen, na door een GGZ-professional onderzocht te zijn, die volgens het DSM als volgt beschreven kunnen worden:

Alcoholisme en zonder werk

- as 1: stemmingsstoornis, eenmalige periode (296.23) / alcohol abus (305.00)
- as 2: afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (301.6)
- as 3: leverstoornissen
- as 4: verlies van werk
- as 5: GAF = 35

Diagnostiek patiënt in klinische opname

Onderzocht wordt of persoonlijkheidsstoornis kan worden vastgesteld of dat de As-I problematiek daar verklaring voor geeft:

- as 1: (295.70 schizoaffectieve stoornis), 305.00 mid-delenmisbruik (cannabis, amfetamine)
- as 2: 799.90a (sluit persoonlijkheidsstoornis uit) narcistische en antisociale trekken
- as 3: Epileptische manifestatie i.o.v. Seroquel (2003)
- as 4: Problemen gebonden aan sociale omgeving, wonen en werken
- as 5: GAF 50-55

Sluit uit betekent hier *Nader te onderzoeken* en niet dat het wordt uitgesloten.

Verkorte aanpak

In praktijk van GGZ-professionals wordt soms een meer verkorte aanpak gebruikt, waarbij enkel de meest extreme pathologieën worden vermeld, met hun codes:

- 293.83 Depressief lijden
- 244.9 Hypothyreoïde
- 365.23 Glaucoom

1.1.6 Overzicht hoofdcategorieën

- Ontwikkelingsstoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden
- *Delirium*, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
- Psychische stoornissen door een somatische aandoening
- Aan middelen gebonden stoornissen
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Nagebootste stoornissen
- Dissociatieve stoornissen
- Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
- Eetstoornissen
- Slaapstoornissen
- Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd

- Aanpassingsstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Aanvullende codes

1.1.7 Kritiek

Sociaal-culturele context

De DSM maakt een scherp onderscheid tussen ziekte en gezondheid. Uiteindelijk betreffen psychische ziektebeelden echter veel voorkomende gedragspatronen die zich (al of niet tijdelijk) in zulk een extreme mate manifesteren dat ze als afwijkend worden beschreven. Veel begrippen uit de DSM zijn sterk gerelateerd aan sociaal-culturele waarden en hun veranderingen. Dit geeft nog wel eens een problemen op het gebied van de afgrenzing. Zo is *homoseksualiteit* lange tijd een DSM-diagnose geweest.^[3]

Geen dimensionele indeling

De DSM is bekritiseerd omdat deze een atheoretische indeling van psychische ziektebeelden geeft, wat wetenschappelijk onderzoek en betrouwbare conclusies over deze ziektebeelden bemoeilijkt. In het jaarverslag van 2001 van de *Columbia-universiteit* wordt hierover het volgende gezegd: “Dat de categorische benadering van de huidige classificatie van persoonlijkheidsstoornissen, DSM-IV, problemen geeft, is al lang onderkend door psychiaters en wetenschappers”. Een van de problemen is “het willekeurig onderscheid tussen een normale persoonlijkheid, een persoonlijk karakter en persoonlijkheidsstoornissen”. Verder is een interessant gegeven dat code 301.9 (persoonlijkheidsstoornis NAO: niet op een andere manier omschreven) het vaakst gediagnosticeerd wordt. De reden waarom de DSM-IV toch wereldwijd wordt gebruikt is dat de klinische praktijk en het meeste wetenschappelijk onderzoek tot nu toe op deze indeling is gebaseerd (wet van de remmende voorsprong). Er zijn inmiddels alternatieve (dimensionele) indelingen beschikbaar, maar deze hebben nog geen brede ingang gevonden, mogelijk omdat een dimensionele indeling een fundamenteel andere manier van denken meebrengt. Ook het tot op heden nog grotendeels onverwerkte verleden van de moderne psychiatrie zelf zal daarbij ongetwijfeld een belangrijke rol spelen.

De DSM wordt gebruikt om in enkele woorden en op overzichtelijke wijze duidelijk te maken waar de problematiek van de patiënt over gaat, met als doel een passende behandeling te kunnen geven. Vooral in de huidige maatschappij met de vaak wisselende zorgverleners

is het wenselijk om in één oogopslag de basisproblematiek te overzien. Het gebruik van DSM-categorieën (hokjes) kan echter leiden tot een beschrijving van het ziektebeeld die tekortdoet aan de complexiteit ervan. Dit heeft als risico dat de behandeling tevens tekortschiet, aangezien deze is gebaseerd op een te eenvoudig idee over de patiënt en zijn ziektebeeld. Desondanks is een behandeling van patiënten die slechts weinig criteria scoren voor een bepaalde DSM-ziektecategorie toch vaak effectief, wanneer deze behandeling specifiek is gericht op de gehele ziektecategorie. Behandeling volgens DSM-criteria is daarom zeker niet verkeerd (er is momenteel weinig ervaring met alternatieve indelingen), maar deze zou kunnen worden aangescherpt door gebruik te maken van een meer genuanceerde indeling van psychiatrische ziektebeelden. Inderdaad bevat de DSM-5 een dimensionele indeling van persoonlijkheidsstoornissen (As II, zie Big Five (persoonlijkheidsdimensies)). Voor de zogenaamde As I-stoornissen (zoals depressies en psychotische stoornissen) wordt nog steeds een categoriële indeling verwacht.

Belangenverstrengeling

Een ander punt van kritiek op de DSM betreft belangenverstrengeling ("*conflicts of interest*") bij de commissie die verantwoordelijk is voor het maken van de (nieuwe) indelingen. Een recent onderzoek (2006) meldt dat zesenvijftig procent van de leden van de 170-koppige DSM-IV- en IV-R-commissie één of meer financiële verbandingen hadden met de farmaceutische industrie. Honderd procent van de leden van de subcommissies 'Stemmingsstoornissen' en 'Schizofrenie en overige psychotische stoornissen' hadden financiële banden met de farmaceutische industrie. De overige commissies die verbandingen hadden waren: financiering wetenschappelijk onderzoek (42%), consultancy (22%) en sprekersbureau (16%).^[4]

1.1.8 DSM-5

Vanaf 2002, toen de eerste "research agenda" verscheen, is er gewerkt aan de nieuwe DSM-5 criteria. Via de website dsm5.org werd kritiek en commentaar verzameld op de eerdere proefversies van de nieuwe criteria: men verzamelde in een paar maanden tijd 13.000 opmerkingen op de website, met daarnaast nog eens 12.000 via e-mail, brieven en langs andere wegen.^[5]

Met de komst van de DSM-5 zijn enkele grote veranderingen aangekondigd: zo zouden alle vormen van autisme onder de naam *autismespectrumstoornis* gaan vallen en zal meer de nadruk worden gelegd op de hevigheid van de symptomen, dan op de stoornis zelf, om zo betere diagnoses te kunnen stellen. Nieuw zijn onder andere stoornissen als *gokverslaving* en *eetbuienstoornis*.^[6]

In het CVZ.magazine van juni 2013 is de voorzitter van

DSM-IV, Allen Frances, uiterst kritisch over de DSM-5. Vrijwel normaal gedrag zal steeds meer een label opgeplakt krijgen en met medicijnen worden behandeld.^[7]

De DSM-5 werd gepresenteerd op de jaarlijkse bijeenkomst van de *American Psychiatric Association* in San Francisco van 18 tot 22 mei 2013. Een jaar later, in april 2014, verscheen de DSM-5 onder de titel *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®)* voor het eerst in een Nederlandse vertaling. De vertaling van de *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5®* verscheen in juni 2014 onder de titel *Beknopt overzicht van de criteria van de DSM-5®*. Vertalingen van andere DSM-5-uitgaven, zoals *Werken met de DSM-5®*, volgen in de loop van 2014. De DSM-5 werd in Nederland nog niet ingevoerd voor de administratie van Nederlandse zorgverzekeraars en zorgverleners.^[8]

Hoofdstuk 2

ontwikkelingsstoornissen

2.1 Ontwikkelingsstoornis

Een **ontwikkelingsstoornis** is een neurologische of psychische aandoening die optreedt bij kinderen of adolescenten en die een belemmering en/of afwijking vormt in de normale ontwikkeling. Ook bij volwassenen is zo'n stoornis soms nog te traceren, maar met de leeftijd neemt de kans op succesvolle behandeling gewoonlijk af.

De symptomen zijn uiteenlopend en er kunnen ook verschillende oorzaken zijn. Sommige aandoeningen zijn blijvend, andere zijn tijdelijk. Soms ontstaan de symptomen als reactie op een **schokkende ervaring**, in andere gevallen ligt de oorzaak in erfelijke factoren of een lichamelijke ziekte. Ook omgevingsfactoren moeten in de gaten gehouden worden, evenals opvoedingsfactoren.

Bij onderzoek is het van belang dat gelet wordt op alle factoren die bij de ontwikkeling van het kind van belang zijn, omdat deze doorlopend van invloed op elkaar zijn. Zo kunnen kinderen met een lichamenlijk probleem aangetast worden in hun gevoel van eigenwaarde en zich hierdoor minder sociaal opstellen. Dit wekt een reactie op van de omgeving, die vervolgens weer van invloed is op de psyche van het kind. Dit is slechts een voorbeeld van hoe een wisselwerking van verschillende factoren haar uitwerking kan hebben.

2.1.1 Vormen

Het **DSM-IV** onderscheidt de volgende groepen ontwikkelingsstoornissen:

- Zwakzinnigheid (As II)
- Leerstoornissen (waaronder dyslexie en dyscalculie)
- Motorische stoornissen (dyspraxie)
- Communicatiestoornissen (waaronder stotteren)
- Pervasive ontwikkelingsstoornissen
- Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (ADHD, ODD, CD)
- Eetstoornissen in de kinderleeftijd (waaronder pica en ruminatiestoornis)

- Ticstoornissen (waaronder het syndroom van Gilles de la Tourette)
- Stoornissen met de ontlasting (enurese en encoprese)
- Andere stoornissen in de kinderleeftijd of adolescentie (separatieangst, hechtingsstoornis, selectief mutisme, stereotiepe-bewegingsstoornis)

2.2 Mentale retardatie

Mentale retardatie^[1] (letterlijk *geestelijke achterstand*), in het verleden vaak **oligofrenie** genoemd, **zwakzinnigheid**, **intellectuele stoornis**, **geestelijke/verstandelijke beperking** of **mentale handicap** is een ontwikkelingsstoornis waarbij de verstandelijke vermogens zich niet met de normale snelheid ontwikkelen en meestal een gemiddeld niveau niet zullen bereiken. De persoon heeft door het cognitief tekort moeite om volledig te functioneren, in vergelijking met leeftijdgenoten. Daarom wordt wel gesproken van een *verstandelijke handicap* of een *verstandelijke beperking*. De term *geestelijk gehandicapt* werd ook gebruikt. Dit werkt verwarrend, omdat met geestelijk ook heel vaak “de psyche betreffend” of “psychiatrisch” wordt aangeduid.^[2]

2.2.1 Oorzaken

Er zijn vele oorzaken mogelijk waaronder erfelijk, aangeboren, niet-aangeboren hersenletsel, traumatisch of metabool zijn.

In bepaalde gevallen heeft men nog steeds de precieze oorzaak niet kunnen achterhalen. Een vaak voorkomende oorzaak is een zuurstoftekort tijdens of na de geboorte of “accidenteel” zuurstoftekort bijvoorbeeld bij een bijna-verdrinking. Verder kan ook een bepaalde pathologie, bijvoorbeeld meningitis in de jonge jaren, een oorzaak zijn.

2.2.2 Gradaties

De ernst van de verstandelijke handicap kan aangegeven worden door het vergelijken met het leeftijdsgebonden ontwikkelingsniveau van een gezond kind. Bijvoorbeeld functioneren op het niveau van een vierjarige. Voornamelijk bij globale vormen van retardatie, waarbij alle vermogens ongeveer even onderontwikkeld zijn, is deze duiding makkelijk hanteerbaar. Bij de lagere niveaus van retardatie ziet men een groeiende discrepantie van de ontwikkeling op deelgebieden.

Er is een trend om niet meer te spreken van gradaties in verstandelijk onvermogen, maar in het niveau van ontwikkeling. Men deelt de verschillende vormen op in niveaus van ondersteuning. Van geen of lichte tot volledige ondersteuning, dit om het gevoel van eigenwaarde en de eigenheid van de persoon beter te kunnen beschermen.

Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR (editie 2000) maakt onderscheid tussen lichte, matige, ernstige en diepe zwakzinnigheid:

- **Lichte zwakzinnigheid.** 75% van de mensen met een verstandelijke handicap behoort tot deze groep. Het gaat om mensen met een intelligentie-quotiënt (IQ) van 50 tot 70. Ze bereiken een mentaal niveau van een kind tussen de 7 en de 11 jaar oud. Deze vorm werd voorheen ook wel *debiliteit* of *debilitas* genoemd. (DSM-code 317) Enkel aangepast lager onderwijs is mogelijk.^[3]
- **Matige zwakzinnigheid** komt voor bij 18% van de verstandelijk gehandicapte personen, waarbij het gaat om mensen met een IQ van 35 tot 50 (imbeciliteit, of imbecilitas). Haalt geen hoger mentaal niveau dan van een normaal kind van 7 jaar. (DSM-code 318.0)
- **Ernstige zwakzinnigheid** houdt in dat er, behalve een IQ van 20 tot 35, ook een minimaal communicatief gedrag, een zwakke motorische ontwikkeling en behoefte aan constante supervisie is. Zo'n 7% van de gevallen valt in deze subcategorie. (DSM-code 318.1)
- **Diepe zwakzinnigheid** komt slechts voor in 1% van de gevallen en duidt op een IQ van minder dan 20. Mensen die hieraan lijden, hebben behoefte aan een structurerende omgeving, zintuiglijke stimulering en voortdurend toezicht. Elementair menselijk contact is onmogelijk, slechts in uitzonderlijke gevallen is er minimale spraak. Deze vorm werd in het verleden ook wel idiotie genoemd. (DSM-code 318.2)

De begrippen *debiliteit*, *imbeciliteit* en *idiotie* zijn vernoemd in de geneeskunde, maar worden nog vaak als scheldwoord gebruikt. Ook spreekt men tegenwoordig bij voorkeur niet meer van zwakzinnigheid, maar van een verstandelijke beperking.

2.2.3 Vormen

Retardatie kan 'lacunair' zijn (er ontbreekt iets) of 'globaal'.

Een bekende vorm van een aangeboren handicap is het syndroom van Down, de oorzaak daarvan is een chromosoom te veel (daarom ook wel *trisomie 21* genaamd).

Retardatie kan samengaan met veel andere aandoeningen zoals autisme, schizofrenie, ADHD, PDD-NOS of een lichamelijke handicap. In zo'n geval spreekt men van meervoudig gehandicapt zijn.

Verder gaat een zeer groot aantal, relatief zeldzame, genetisch bepaalde aandoeningen gepaard met mentale retardatie, zoals het fragiele-X-syndroom, het syndroom van Angelman, het syndroom van Prader-Willi, het syndroom van Williams, het syndroom van Rett, Tubereuze Sclerose Complex en vele andere. Stofwisselingsziekten zoals de ziekte van San Filippo en galactosemie kunnen ook de oorzaak zijn van een verstandelijke handicap.

2.2.4 Behandeling

Behandeling van de retardatie is meestal niet mogelijk, doch aangepast onderwijs (in Nederland: speciaal onderwijs, in Vlaanderen: buitengewoon onderwijs) of specifieke ondersteuning in het regulier onderwijs (zie inclusief onderwijs) is aangewezen om het maximaal haalbare niveau trachten te bereiken.

Wel is behandeling van de randverschijnselen vaak mogelijk. Veel vormen van genetisch bepaalde handicaps brengen ook andere beperkingen met zich mee. Zo heeft iemand met het syndroom van Down een verhoogde kans op een schildklierafwijking, dementie en hart- en vaatziekten. Door regelmatige controle bij dit soort risicogroepen, kunnen dit soort ziekten wel behandeld of vertraagd worden. Sedert 2000 heeft in Nederland het medisch specialisme Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) een eigen opleiding.

2.2.5 Zelfstandigheid

In de praktijk is het vooral belangrijk om te kijken in hoeverre iemand zichzelf kan redden om te bepalen of iemand zelfstandig of in een woongroep kan wonen en of iemand ambulante (alleen op gezette tijden) of 24-uurs begeleiding heeft. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de niveaus van Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL: persoonlijke verzorging), sociale vaardigheden en emotionele vaardigheden, samen met de gradatie van de handicap en de mate waarin iemand hierbij ondersteuning heeft.

Een woongroep is een groep verstandelijk gehandicapten die samenwoont onder begeleiding, vaak ingedeeld aan de hand van de gradatie van de handicap in combinatie met de mate van zelfredzaamheid.

Een verstandelijk gehandicapte kan in een instelling met begeleidend of verzorgend personeel opgenomen worden. Als iemand niet zelfstandig kan eten, praten, zich wassen, aankleden of naar de wc gaan, is heel intensieve zorg nodig. Veel van deze zeer ernstig geretardeerden leren niet lopen en zijn rolstoelafhankelijk of bedlegerig. Voor mensen met mentale retardatie gecombineerd met (ernstige) gedragsproblemen, bestaan Intensieve Begeleidingsgroepen.

De laatste jaren bestaat ook in landen waar institutionele voorzieningen beschikbaar zijn de tendens dat ouders hun kinderen steeds langer thuis houden en kiezen voor ondersteuning in de vorm van thuisbegeleiding, een loogerhuis of alleen dagbesteding binnen een instelling.

2.2.6 Onderwijs

In **Vlaanderen** worden deze leerlingen opgevangen in het buitengewoon onderwijs of in inclusief onderwijs. Type 1 is bedoeld voor leerlingen met een lichte mentale achterstand, terwijl Type 2 de matig tot zware mentale retardatie verzorgt. Ook kan een opname in een (semi)residentiële setting overwogen worden, in een Medisch-Pedagogisch Instituut.

In **Nederland** konden leerlingen met een milde vorm van retardatie in het verleden terecht bij een LOM- of MLK-school, maar tegenwoordig zijn de LOM- en MLK-scholen samengevoegd onder de noemer SBO (Speciaal Basis Onderwijs). In het voortgezet onderwijs vallen deze leerlingen onder het VMBO. Leerlingen met een MLK-niveau zitten in het Praktijkonderwijs. Daarnaast bestaan nog de scholen voor ZMLK (zeer moeilijk lerende kinderen) en ZMOK (zeer moeilijk opvoedbare kinderen), dit zijn scholen die onder het Speciaal Onderwijs (SO) vallen. Ook wordt het gewone onderwijs aangemoedigd om deze leerlingen in de gewone klas op te nemen met extra ondersteuning (een 'rugzakje')

Personen met een middelmatige of milde vorm van retardatie krijgen doorgaans eveneens SO en VSO aangeboden of kunnen op een centrum voor dagbesteding terecht.

2.2.7 Rechtenbeweging

Vanuit de visie van organisaties die opkomen voor betere grondrechten voor mensen met een verstandelijke handicap wordt een aantal basisrechten geformuleerd (onder andere de International Planned Parenthood Federation en in Vlaanderen VMG).

Recht op seksualiteitsbeleving

Mensen met een verstandelijke beperking hebben, ondanks hun moeilijkheden om gevoelens te verwoorden en te begrijpen, seksuele behoeften zoals iedereen. De dremelpvrees bij ouders en hulpverleners (omwille van moge-

lijke risico's) is hiervoor vaak erg groot. Een gezonde seksualiteitsbeleving kan mogelijk uitingen als agressie en automutilatie doen beperken. Wel is het belangrijk om zich bewust te zijn van de kwetsbare positie die sommige mensen met een verstandelijke beperking hebben; slachtoffer zijn van seksueel misbruik komt bij deze doelgroep verhoogd voor.

Recht op intimiteit en privacy

Door hun hulpbehoefendheid op bepaalde vlakken (wassen, eten, kleding) hebben mensen met een verstandelijke beperking minder intimiteit dan anderen. Het is aan de gemeenschap waarin de persoon verkeert om te denken aan simpele zaken als kloppen op de deur (die gesloten kan worden), eigen sanitair, respect voor de lichamelijke intimiteit en respect voor geheimen.

Recht op een respectvolle, gelijkwaardige benadering

Dit recht houdt in dat ouders en hulpverleners met de betreffende personen beslissingen nemen. En dus niet over hun hoofd heen. Door de persoon te betrekken bij gesprekken en informatie op hun eigen niveau uit te leggen, kan hier aan tegemoetgekomen worden.

Recht op relaties

Het sociale netwerk van relaties is bij mensen met een verstandelijke beperking vaak veel minder omvangrijk.

Ze hebben ook meer moeilijkheden met vriendschappen op te bouwen en te onderhouden. Personen die in een voorziening (residentieel) verblijven, wonen vaak in een leefgroep. In dat geval wordt, om praktische redenen, voornamelijk vanuit de groep gedacht en wordt individuele opinievorming hierover minder benadrukt, hoewel sommige opvoeders dit steeds vaker stimuleren.

Mensen met een verstandelijke beperking die minder ondersteuning nodig hebben en een vorm van semi-residentieel wonen genieten of begeleid wonen, ervaren meer mogelijkheden om relaties uit te bouwen. Ze worden hier ook bij begeleid door maatschappelijk assistenten of orthopedagogen.

Kinderwens / Recht op kinderen

Mensen met een verstandelijke beperking mogen zelf beslissingen nemen over de invulling van hun leven, dus ook over het wel of niet kinderen krijgen.

Bij 70% van de gezinnen met ouders met een verstandelijke beperking verloopt de opvoeding van kinderen echter problematisch. Het voeren van gesprekken met hulpverleners blijkt lang niet altijd het gewenste resultaat te hebben. Mensen ervaren het als een aantasting van hun

zelfstandigheid als hen wordt verteld dat ze beter geen kinderen kunnen krijgen.

In 2005 stelde Clémence Ross-van Dorp, de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid van Nederland voor, om verstandelijk gehandicapten te ontmoedigen kinderen te krijgen. Zij wilde met een speciale richtlijn laten vaststellen of zij wel in staat waren een kind te krijgen en op te voeden. Dit druiste echter in tegen het standpunt van belangenverenigingen en zorginstellingen, die vonden dat een kinderwens gerespecteerd moet worden.

Recht op werk op maat

Mensen met een verstandelijke beperking hebben het vaak moeilijk om op de open arbeidsmarkt werk te vinden. Wanneer het werk echter opgedeeld wordt in aparte taken, kan elk van hen best een taak die hem ligt heel precies uitvoeren. Ook in beschutte of sociale werkplaatsen streeft men via ergotherapeutische aanpassingen naar “werk op maat”. Mensen met een verstandelijke handicap hoeven dus niet vanzelfsprekend onbetaald werk te verrichten in een dagcentrum, al kan dit ook een goede oplossing zijn.

2.2.8 Dubbele diagnose : Mentale retardatie en problemen op het vlak van geestelijke gezondheid

In België, de Conseil Supérieur de la Santé geeft een wetenschappelijk advies over beleidsinterventies voor mensen met een dubbele diagnose (Mentale retardatie en problemen op het vlak van de geestelijke gezondheid : probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen) in België. Dit verslag heeft tot doel om specifieke aanbevelingen te formuleren voor beleidsmakers en gezondheidswerkers over de gezondheidszorgeconomie, de organisatie of versterking van gezondheidszorg en goede klinische praktijken om de rechten van deze kwetsbare personen te vrijwaren en de best mogelijke levenskwaliteit voor hen te behouden. ^[4]. Drie belangrijke aanbevelingen:

- Verbeter de toegang tot de diensten voor deze personen door een netwerk uit te bouwen dat garantie biedt op een volledig zorgcircuit op het terrein. Dit netwerk moet alle sectoren omvatten (geestelijke gezondheid, gezondheid, handicap, onderwijs, werk, jongerenhulp, justitie) inclusief zijn en de persoon centraal plaatsen.
- Verbeter de opleiding van het personeel van alle diensten en zorg ervoor dat ze nadenken over de praktijken die ze gebruiken. Op dit vlak worden de interventies en de voor deze doelgroep beschikbare gidsen voor een goede praktijkvoering in dit advies opgesomd.

- Voorzie in gespecialiseerde plaatsen voor de meest complexe gevallen. De HGR preciseert ook hoe de gespecialiseerde diensten (ziekenhuis-, revalidatie- en verblijfdiensten) georganiseerd zouden moeten worden. Deze gespecialiseerde plaatsen mogen echter niet het werk vervangen, dat door de algemene structuren wordt verwezenlijkt wanneer dit mogelijk is en deze derde aanbeveling mag niet onafhankelijk van de twee andere worden opgevolgd: het verbeteren van de toegang en de geschiktheid van alle diensten (door het vormen van het personeel en het uitbouwen van netwerken) zijn immers noodzakelijke voorwaarden om te vermijden dat deze gespecialiseerde plaatsen de enige mogelijkheid voor deze personen zouden worden en dan ook zeer snel ontoereikend zouden zijn.

2.2.9 Zie ook

- De Stiel (uitgeverij)
- Jacques Heijkoop
- Jolanda Venema
- Ondersteunende begeleiding
- The Punk Syndrome - een documentaire film
- Validisme
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

2.2.10 Externe links

- Expertisecentrum Verstandelijke Beperking
- Gehandicapten.info

2.3 Dyslexie

Dyslexie (uit het Grieks *δυσ-* dys- (“beperkt”) en *λέξις* lexis (“woord”), dus beperkt lezen; ook wel (onterecht) als *woordblindheid* aangeduid) is een term die in de wetenschap gebruikt wordt voor ernstige problemen met het kunnen lezen van woorden.

Over het ontstaan is nog veel discussie, maar doorgaans neemt men aan dat de oorzaak van het leesprobleem gelegen is in het slecht functioneren van fonologische taalverwerking. Iemand met dyslexie heet een dyslecticus of dyslectica, meervoud respectievelijk dyslectici en dyslecticae, maar wordt geslachtsneutraal meestal 'dyslect' (meervoud 'dyslecten') genoemd.

2.3.1 Onderzoek

Al in 1881 werd de aandoening door Oswald Berkhan beschreven, maar het was **Rudolf Berlin** die in 1887 hiervoor de term 'dyslexie' bedacht. De term werd gebruikt om het geval van een jongen te beschrijven die ernstige moeite had met het leren lezen en schrijven, terwijl hij buiten deze gebieden wel over een normale intelligentie leek te beschikken.

Onderzoek heeft uitgewezen dat dyslexie een **neurologische oorzaak** heeft. Ook al zijn er talrijke varianten en oorzaken voor dyslexie, in veel gevallen zijn de hersenen niet goed in staat visuele of auditieve informatie te interpreteren. De hersenen kunnen dit op verschillende manieren deels, of in het geval van een milde vorm volledig compenseren door andere hersenfuncties te gebruiken. Dit is afhankelijk van de omvang van de aandoening. Op jonge leeftijd kan stimulering en training van de hersenen tot betere compensatie leiden. Dyslexie heeft voornamelijk invloed op leesvaardigheid, spelling en woordenschat.

2.3.2 Vormen van dyslexie

Onderzoek vanuit de **neuropsychologie** heeft aangetoond dat er verschillende vormen van dyslexie bestaan. Deze hangen samen met specifieke problemen die men kan ondervinden bij het lezen van woorden.^[1] Dyslexie kan optreden bij kinderen als **ontwikkelingsstoornis**, of als gevolg van **hersenschadiging**. Kinderen die het predicaat 'dyslexie' krijgen, blijken een heterogene groep te vormen. Er kunnen problemen zijn in het herkennen van het visuele woordbeeld, of problemen in de sfeer van begrijpen van taal en klanken. De meeste dyslectische kinderen (85%) blijken daarbij niet zozeer moeite te hebben met het herkennen van het visuele woordbeeld, maar met het verbinden van een letter met een klank.^[2]

Twee vormen die bij patiënten met hersenschadiging kunnen optreden worden hierna beschreven. **Oppervlaktedyslexie** wil zeggen dat men problemen heeft met het herkennen van het woordbeeld. Bij **fonologische dyslexie** is het net andersom: men heeft geen moeite met het woordbeeld maar met het uitspreken van woorden. Hierbij ondervindt men vooral problemen bij het lezen van onbekende of onzinwoorden. Mogelijk hangen deze stoornissen samen met beschadigingen van specifieke gebieden in de hersenen. Bij fonologische dyslexie is dit het **centrum van Broca**^[3] en bij oppervlaktedyslexie de linker **temporale kwab**.^[4]

2.3.3 Diagnose

In Nederland mag de diagnose dyslexie enkel gesteld worden door een arts, gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog die is opgenomen in het BIG-register. In Vlaanderen zijn ook Masters en Bachelors in de logopedie

daarvoor opgeleid.

Voor het vaststellen van de diagnose moet worden uitgesloten dat de lees- en spellingproblemen een andere oorzaak hebben, zoals een andere stoornis of slecht lees- en spellingonderwijs op de basisschool.^[5] Daarnaast moet worden aangetoond dat met kwalitatief goede bijlessen de achterstand niet ingelopen wordt.^[6]

2.3.4 Erfelijkheid

Dyslexie heeft de neiging **familiegebonden** te zijn, en familieleden van dyslectici hebben vaak andere taalproblemen. Dyslexie komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes en er zijn sterke aanwijzingen dat het erfelijk is. De kans dat een jongen dyslectisch wordt als zijn vader het ook is, is wellicht 50%. Dit is iets lager voor meisjes. **Genmarkers** op de **chromosomen 1 en 15** zijn geïdentificeerd in dyslectische families.

2.3.5 Kenmerken

Vroege jeugd

Dyslexie is een **ontwikkelingsstoornis** die personen van alle leeftijden betreft, maar de symptomen verschillen per leeftijd. In onderzoek bij kinderen met een erfelijk risico op dyslexie worden moeilijkheden met de spraakproductie en grammaticale ontwikkeling gemeld bij een leeftijd van 30 maanden, gevolgd door een tragere verwerving van de woordenschat gedurende de jaren voordat ze naar school gaan, resulterend in achterstanden in **fonologische ontwikkeling** en kennis van het alfabet bij jonge schoolkinderen. Meldingen van ouders van achterstanden met spraak en taal bij kinderen met leesmoeilijkheden zijn gewoon in **epidemiologische studies**.

Latere jeugd

Dyslexie toont zich in volle omvang bij kinderen in de schoolgaande leeftijd. Hoewel in de meeste gevallen de spraakwaarneming intact is, hebben dyslectische kinderen moeite om na te denken over de geluidsstructuur van gesproken woorden. Door zulke fonologische problemen is het moeilijk voor hen om verband te leren leggen tussen klanken en letters van gedrukte woorden. De meeste dyslectische kinderen hebben moeite met een **fonetische benadering** bij het lezen en bij het spellen zijn ze niet in staat de klankstructuur van woorden weer te geven.

Hoewel dyslectische kinderen veel van hun problemen overwinnen, hebben ze later als volwassenen subtiele problemen met luisteren en lees- en schrijfvaardigheid. Door functioneel **hersenunderzoek** beginnen we te begrijpen waarom dit zo is. Het is gebleken dat wanneer dyslectische volwassenen moeten zeggen of woorden rijmen en dus verbale kortetermijngeheugen taken moeten uitvoer-

ren, ze alleen een deel van de hersengebieden gebruiken die normaal betrokken zijn. Waarschijnlijk is dat hun fonologische moeilijkheden het gevolg zijn van een zwakke verbinding tussen de taalgebieden aan de voor- en achterkant van de linkerhersen helft.

2.3.6 Onderzoeksresultaten

Kennis van de indicatoren voor leesvaardigheden en dyslexie heeft tot vernieuwingen in de behandeling geleid. Een baanbrekend onderzoek toonde aan dat kinderen die slecht presteerden in een fonologische verwerkingstaak voordat zij schoolgaand waren, duidelijk baat hadden bij een training in klankcategorisatie door middel van rijm en alliteratie, vooral wanneer dit gecombineerd werd met het leren van letterklanken. Als gevolg hiervan is bewezen dat training op het gebied van fonologische bewustheid gecombineerd met gestructureerde lees oefeningen, een effectieve behandeling is voor slechte lezers. Het geeft betere vooruitgang dan training in lezen of fonologische bewustheid alleen.

2.3.7 Twijfels

Hoewel de term dyslexie onderwerp van discussie is, zijn er zeer sterke aanwijzingen dat onverwachte leesproblemen bij kinderen veroorzaakt worden door taalstoornissen in het fonologisch gebied. Uit recent onderzoek blijkt dat dyslectische kinderen niet alleen moeite hebben met lezen, maar ook met het begrijpen van gesproken taal. Het laatste zou mogelijk te maken kunnen hebben met stoornissen in het verbale werkgeheugen.^[7] Kinderen met leesmoeilijkheden hebben vaak ook vele psychosomatische problemen: klachten over hoofdpijn en moeilijkheden met zien, zijn gewoon. Met een gedetailleerde beschrijving van het geval en de familiegeschiedenis kunnen dyslectische problemen ontdekt worden. Met standaardtesten bij kinderen voor de schoolgaande leeftijd kan gemakkelijk kennis van kinderrijmpjes en letters onderzocht worden.

Klinische (behandelings-) ervaringen laten zien dat het met betrekking tot dyslexie verkeerd is af te wachten en te zien hoe het kind zich ontwikkelt. Een vertraging bij het leren lezen kan snel veranderen in een aanzienlijke leesstoornis als er niets aan gedaan wordt.

2.3.8 Didactische verwaarlozing

Dyslexie kan enkel worden vastgesteld als er kan worden uitgesloten dat het kind slecht onderwijs heeft gehad. In Nederland leert 25% van de kinderen onvoldoende vlot en foutloos lezen op de basisschool.^[8] Hiervan is 10% functioneel analfabeet.^[8] De schattingen over het percentage dyslectici lopen uiteen van 1%–3,5%.^[9] Toch kunnen bijna alle kinderen leren lezen.^[10] Dat betekent dat

een groot deel van de kinderen onvoldoende leert lezen door andere factoren dan dyslexie. Er zou dan niet gesproken moeten worden van dyslexie, maar van een kwaliteitsprobleem. De kwaliteit van de instructie is cruciaal om goed te leren lezen. De diagnose dyslexie wordt soms ten onrechte gesteld en is feitelijk sprake van didactische verwaarlozing. De oorzaak hiervan is dat scholen, leerkrachten en ouders de problemen vaak in het kind zoeken en daarbij onvoldoende oog hebben voor de eigen rol.

2.3.9 Zie ook

- Dyscalculie - stoornis bij het rekenen
- Dyspraxie - stoornis bij het correct verwerken van informatie
- Fixatiedisparatie - wordt vaak aangezien voor dyslexie

2.3.10 Externe links

- Stichting Dyslexie Nederland (Nederland)
- Impuls en Woortblind (Nederland)
- Regionaal Instituut voor Dyslexie (Nederland)

2.4 Dyscalculie

Dyscalculie is een leerstoornis op het gebied van rekenen. Het woord dyscalculie komt uit het Grieks en Latijn en betekent: slecht kunnen rekenen. Het voorvoegsel “dys” komt uit het Grieks en betekent “slecht”. “Calculie” komt uit het Latijn en betekent “rekenen”. Dyscalculie is een stoornis die gekenmerkt wordt door hardnekkige problemen met het leren en het vlot en accuraat oproepen en toepassen van reken-wiskundekennis.^[1] De rekenproblemen mogen niet veroorzaakt zijn door slecht onderwijs of didactische verwaarlozing. In dat geval wordt er niet gesproken van dyscalculie, maar van een rekenprobleem. De oorzaak moet dus in het kind liggen en niet in de omgeving. Dyscalculie komt ongeveer even vaak voor als dyslexie.^[1] Ongeveer 10% van alle kinderen heeft rekenproblemen en ongeveer 2% van alle kinderen is dyscalculisch.^[2] De grens tussen rekenproblemen en dyscalculie is soms moeilijk te trekken. Uit onderzoek blijkt dat er een samenhang is tussen dyscalculie en dyslexie.^[1] Ook dysharmonie in het IQ, zwak ruimtelijk inzicht en problemen met de aandacht zijn factoren die de ontwikkeling naar vloeiend rekenen kunnen belemmeren.^[3]

2.4.1 Diagnose

Het stellen van de diagnose dyscalculie is voorbehouden aan specialisten op het gebied van leerstoornissen. On-

derwijzers, remedial teachers of ib'ers mogen deze diagnose niet stellen. Ook een masteropleiding geeft deze bevoegdheid niet. Hulpverleners met de kwalificatie *gz-psycholoog* of orthopedagoog-generalist zijn hiertoe wel bevoegd. In feite gaat het hierbij om een aantoonbaar hoog niveau van opleiding en expertise. In dit verband wordt ook wel het begrip 'GZ-equivalent' gebruikt. Voor het vaststellen van de diagnose moet worden uitgesloten dat de rekenproblemen een andere oorzaak hebben, zoals een andere stoornis of slecht rekenonderwijs op de basisschool waar het kind onderwijs volgt. In Nederland is 23% van de basisscholen rekenzwak.^[4] Daarnaast moet worden aangetoond dat met kwalitatief goede bijlessen gedurende 6 maanden de achterstand niet ingelopen wordt. In 2013 zijn drie nieuwe Nederlandse tests om dyscalculie op te sporen verschenen. Het gaat om de Nederlandse Dyscalculie Screener (NDS) (verscheen in september 2013)^[5], de Zareki-nl^[6] en de 3DM Dyscalculie (verscheen in september 2013)^[7]. Alle drie deze tests zijn voorzien van Nederlandse normen.

2.4.2 Stoornis

Dyscalculie is een stoornis, omdat onderstaande zaken een rol spelen:^[1]

- Er gaat iets mis in het psychische functioneren;
- Er is een redelijke samenhang met dyslexie en de psychologische vaardigheid lijkt voor een deel te overlappen;
- Er is een mogelijke betrokkenheid (en mogelijk uitval) in specifieke hersengebieden
- Er zijn aanwijzingen dat dyscalculie erfelijk is.

2.4.3 Kenmerken en symptomen

Dyscalculie gaat vaak samen met:

- Moeizaam aanleren van getal- en volumebetekenissen
- Moeizaam aanleren van wiskundige procedures
- Een verminderde ruimtelijke oriëntatie

De meest voorkomende symptomen zijn:

- Overslaan van getallen bij het tellen
- Neiging tot tellen op de vingers, zelfs bij complexere berekeningen
- Moeizaam onderscheiden van optellen en aftrekken binnen een lange opeenvolgende som

- Problemen bij het omzetten van gesproken of bepeinsde getallen naar geschreven getallen
- Problematisch geheugen bij het berekenen van sommen
- Traag bij het maken van berekeningen
- Geen interesse tonen in rekenen

Rekenen onderscheidt zich van lezen en spelling in de mate waarin een beroep wordt gedaan op probleemoplossingsvaardigheden. De stappen die in het oplossingsproces van rekenopgaven moeten worden gezet, worden in grote lijnen gestuurd door de logische structuur van het gestelde probleem, alhoewel vaak meerdere oplossingen aanwezig zijn die tot een goed resultaat leiden.

Bij dyscalculie komt het automatiseren van de rekenhandelingen niet of maar heel moeizaam tot stand. Er zijn problemen bij het langdurig optellen en aftrekken. De sprong over het tiental blijft erg lang moeite kosten. De tafels van vermenigvuldiging blijven niet zitten als ze er na veel oefenen al in zijn gekomen. Het rekenen en de ontwikkeling ervan zijn duidelijk vertraagd.

Een achterstand aan het eind van de basisschool van zeker zo'n twee jaar is niet abnormaal. Het inzicht in de getallenopbouw, het positie-systeem, is gebrekkig. We spreken van dyscalculie als er sprake is van rekenachterstand, terwijl er op andere terreinen, bijvoorbeeld op taal/leesgebied, wel het normale vermogen tot leren is, dat wil zeggen de rekenuitval is niet in overeenstemming met de totale intelligentie.

Bij kinderen valt de stoornis op te merken door een zekere achterstand in het rekenen die niet kan worden teruggevonden bij de andere vakken. Men heeft dus een grotere wiskundige achterstand dan voor het intelligentieniveau normaal is.

2.4.4 Criteria

Criteria bij het vaststellen van dyscalculie kunnen zijn:^[8]

- Verschil tussen rekenvaardigheid en overige schoolse vaardigheden;
- Onderpresteren is niet te verklaren uit slecht onderwijs;
- Meerdere keren uitvallen op betrouwbare toetsen;
- Geen vooruitgang ondanks 6 maanden intensieve hulp.

2.4.5 Interventies

Effectieve interventies bij dyscalculie:^[4]

- Meer instructie- en oefentijd;
- Verlengde instructie of *preteaching*;
- Hulp in kleine groep (niet ten koste van de groepsinstructie);
- Voordoelen, samen doen, zelf doen;
- Expliciete en intensieve instructie van één strategie;
- Deelvaardigheden expliciet inoefenen;
- Zelfstandig werken beperken;
- Uitgebreide inoefening;
- Dagelijks automatiseringsoefeningen;
- Directe feedback;
- Aanmoediging en positieve feedback.

2.4.6 Zie ook

- Acalculie
- Dyslexie - stoornis bij het lezen.
- Dyspraxie - stoornis bij het correct verwerken van informatie.

2.4.7 Externe links

- <http://www.dyscalculie.org/> Site met informatie over dyscalculie en een forum
- <http://www.dyscalculie.com/> Site met informatie rondom dyscalculie, diagnose en behandeling methoden
- <http://www.dyscalculiaforum.com/> Een internationaal forum voor dyscalculici, leraren en ouders (Engels)
- <http://www.everyoneweb.com/petitierekenen> Een persoonlijke site van een meisje met Dyscalculie. Wat betekent dit voor de toekomstige student?
- <http://www.rekencentrale.nl> Site met veel artikelen over rekenen en dyscalculie
- <http://www.brochurerekenproblemen.nl> Brochure over rekenproblemen en dyscalculie voor ouders en scholen.

2.5 Dyspraxie

Dyspraxie is een motorische ontwikkelingsstoornis die leidt tot problemen bij het plannen en coördineren van motorische handelingen. Het is een stoornis bij het correct verwerken van informatie door de hersenen. Vaak gaat dyspraxie samen met problemen met de spraak, taal, waarnemen, denken en gevoelige tastzin. Verondersteld wordt dat dyspraxie veroorzaakt wordt door onvolgroeidheid of vertraging in de ontwikkeling van neuronen en bij ongeveer 2% van de bevolking zichtbaar is.

Dyspraxie staat ook bekend als **Developmental Dyspraxia**, **Developmental Co-ordination Disorder**, **DCD**, **Sensory Motor Disorder**, **Sensory Integration Dysfunction**, **Perceptuo Motor Difficulty**, en in combinatie met ADHD: **Damp**. Vroeger werd ook de term **Clumsy Child Syndrom** gebruikt, maar deze is inmiddels afgeschaft, omdat deze inaccuraat is en beledigend kan overkomen. In het **DSM-IV** is de aandoening ingedeeld bij de **ontwikkelingsstoornissen** (315.4).

2.5.1 Kenmerken van dyspraxie

- Onhandigheid
- Het niet automatiseren van motorische handelingen
- Slechte houding
- Moeite met organiseren en structureren van bijvoorbeeld schoolspullen, huiswerk, en de eigen gedachtegang
- Onhandig/lomp/langzaam lopen en/of rennen
- Verwarring over welke hand moet worden gebruikt
- Moeilijkheden met het gooien en vangen van een bal
- Gevoelige tastzin
- Gevoelig voor de structuur van bijvoorbeeld kleding en verschillende soorten eten
- Gevoelig voor geluid
- Last hebben van tics
- Minder goed kortetermijngeheugen. Het vergeten van wat de vorige dag is geleerd
- Pover bewustzijn van het eigen lichaam
- Problemen met lezen en schrijven
- Een pen niet goed kunnen vasthouden, met slordig schrift en eventueel pijn tijdens het schrijven als gevolg
- Langzaam schrijven
- Slecht richtingsgevoel

- Niet kunnen huppelen, hinkelen of fietsen
- Langzaam leren zichzelf aan te kleden of zelf te eten
- Simpele vragen niet kunnen beantwoorden, terwijl het antwoord wel bekend is
- Spraakproblemen, laat leren praten of onsamenvattend praten
- Fobieën of obsessief gedrag
- Moeite met het gebruik van bestek en/of koken
- Ongeduld
- Slechte concentratie
- Aversie hebben tegen zaken zoals haar borstelen, tandenpoetsen, of haren en/of nagels knippen enz.
- Niet tegen het dragen van pleisters kunnen
- Moeilijkheden bij het uiten van emotie
- Tot late leeftijd in bed plassen
- Moeite met sociale vaardigheden
- Moeite met oriënteren op onbekende plaatsen of om de weg er te vinden

2.5.2 Combinatie met andere aandoeningen

Verschillende bronnen melden dat dyspraxie in combinatie voor kan komen met andere aandoeningen. Hieronder zijn er een paar genoemd.

- Autisme
- PDD-NOS / syndroom van Asperger (aan autisme verwante stoornissen)
- Attention deficit disorder (ADD)
- Attention deficit disorder met hyperactiviteit (ADHD): deze combinatie wordt ook wel aangeduid met de term DAMP-syndroom
- Hyperactiviteit
- Hypoactiviteit
- Afasie
- Dyscalculie
- Dysfasie
- Dysgrafie
- Dyslexie
- Foetaal alcoholyndroom (FAS)
- Gedragsstoornissen
- NLD (niet-verbale leerstoornissen)

2.6 Stotteren

Stotteren wordt in de ICD-10 omschreven als “Spraak die wordt gekenmerkt door frequente herhaling of verlenging van geluiden, lettergrepen of woorden of ook wel door herhaalde aarzelingen of pauzes die het vloeiend verloop van de spraak onderbreken. Dit dient alleen dan als een stoornis te worden geklasseerd indien de ernst ervan zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd”. In dit lemma wordt uitsluitend de meest voorkomende vorm van stotteren besproken, de communicatiestoornis (subcategorie) die in de DSM-IV is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen.

2.6.1 Oorzaken en ontwikkeling

Stotteren begint meestal tussen het tweede en vijfde levensjaar. Dit is de tijd dat kinderen meer leren praten. Stotteren komt op oudere leeftijd meer voor bij jongens of mannen dan bij meisjes en vrouwen. Stotteren kan soms gedurende een korte periode verergeren of juist afnemen en in sommige gevallen tijdelijk geheel verdwijnen.

Op basis van het familiair voorkomen, studies met tweelingen (eeneiig dan wel twee-eiig) en studies van kinderen na adoptie, was al bekend dat stotteren voor een belangrijk deel erfelijk bepaald is. Er zijn ook genen aangetoond die significant (maar niet absoluut) met stotteren samengaan. Men gaat ervan uit dat naast deze genetische factoren ook neurobiologische, gedragsmatige, emotionele en omgevingsfactoren een rol spelen.^[1]

In genoemd schema worden factoren rond het ontstaan, uitlokken, in stand houden en verergeren van stotteren afgebeeld. De grootte van de cirkels geven niet noodzakelijkerwijs de relatieve invloed van de factoren aan. Een paar aspecten komen duidelijk naar voren: het waarneembare deel is slechts klein ten opzichte van het gehele probleem. Er kan sprake zijn van een ontwikkeling in de tijd en bij deze ‘lineaire’ ontwikkeling zijn ook veel terugkoppelingen aanwezig. Naar Conture et al.¹

De incidentie (nieuwe optredende gevallen in de tijd) is ongeveer 5 % en betreft dan meestal kinderen tussen 2 en 7 jaar oud. Een groot gedeelte hiervan (ongeveer 75%) herstelt spontaan (meisjes meer dan jongens). Daardoor is de prevalentie (bestaande gevallen in de tijd) lager (1%, met ongeveer 80% van het mannelijk geslacht).

2.6.2 Verschijnselen

Tijdens het spreken krijgt iemand constant terugkoppeling over hetgeen gezegd wordt. De voor de spraak verantwoordelijke spieren (zoals de tong en gelaatsspieren) worden door het voor de spraak verantwoordelijke deel van de hersenen (de temporale kwab van de linker hersenhelft) geïnstrueerd om bepaalde bewegingen te ma-

ken. Wanneer een spierbeweging fout gaat (dreigt te gaan) vanwege bijvoorbeeld spanning (welke dan ook), wordt dit naar de hersenen teruggekoppeld. Bij een persoon die stottert is deze terugkoppeling verstoord, waardoor de spieren blijven corrigeren. Dit veroorzaakt stottersymptomen. Het probleem ontstaat tijdens de afstemming tussen de aansturing vanuit de hersenen en de spieren die voor de spraak verantwoordelijk zijn. Maar het is geen 'spierprobleem'.

2.6.3 Openlijk/verborgen stotteren

Stotteren wordt wel vergeleken met een ijsberg. Het openlijk stotteren met zijn blokkades, herhalingen en ongewilde pauzes tijdens het spreken is goed merkbaar, dus 'boven water'. Daarnaast bestaat er het zogenaamde verborgen stotteren. Dit deel blijft voor de buitenwereld onzichtbaar, maar kan een belangrijkere plaats innemen dan het openlijk stotteren. Dit betreft het vermijden van moeilijke woorden, de spreekangst en de minderwaardigheidsgevoelens. Deze laatste verschijnselen blijven als het ware 'onder water'.

Het verborgen stotteren kan gezien worden als het gedeelte van de ijsberg dat onder water ligt. Dit gedeelte omvat de gedachten en gevoelens omtrent het stotteren. Deze zijn doorgaans niet zichtbaar voor de omgeving, maar spelen wel een grote rol. Negatieve gedachten als 'anderen vinden mij stom wanneer ik stotter' kunnen gevoelens van angst, onzekerheid en minderwaardigheid oproepen. Een persoon die stottert gaat deze negatieve gevoelens en gedachten vaak uit de weg door op allerlei manieren te trachten zo min mogelijk te stotteren. Dit noemt men vermijdings- of vluchtgedrag en in sommige gevallen ontstaat vechtgedrag. Zo kan een persoon die stottert spreek-situaties vermijden en bepaalde woorden gaan vervangen. Op den duur ontwikkelt een persoon die stottert een heel repertoire aan 'trucjes' om het stotteren te omzeilen. Dit vormt naast het hoorbaar stotteren een probleem op zich. De negatieve gedachten en gevoelens kunnen voor veel spanning zorgen. Dit kan vervolgens het hoorbaar stotteren veranderen, of zelfs verergeren.

2.6.4 Statistieken

Wereldwijd zijn er ongeveer 60 miljoen personen die stotteren. In Europa zijn dit er 3,74 miljoen. In Nederland en België zijn die aantallen respectievelijk 170.000 en 100.000.

2.6.5 Therapie

Meestal verdwijnt het stotteren bij kinderen spontaan. In gevallen waarbij het stotteren langer dan een half jaar aanhoudt, kan vroege interventie de ontwikkeling van ernstige problematiek voorkomen.

Bij heel jonge kinderen zal een therapeut eerst proberen in te schatten hoe de ontwikkeling van het stotteren zal verlopen. In veel gevallen zal geprobeerd worden om via de ouders de uitlokkende factoren tot een minimum te beperken. Wanneer een kind zelf al reageert op zijn stotteren, zullen bij de therapie zowel ouders als het kind betrokken worden, omdat het reactiegedrag van het kind de problematiek kan verergeren. Met kind en ouders samen kan hieraan gericht en direct gewerkt worden. Kinderen zijn volop in ontwikkeling en daarom dient een therapeut aandacht te schenken aan alle ontwikkelingsgebieden die invloed lijken te hebben op het stotterende spreken. Kind, ouders, speelzaal en school zullen veelal bij de begeleiding betrokken worden.

Voor (jong-)volwassenen is een goede diagnose essentieel om de best passende stottertherapie te kiezen. Technische aspecten van stottertherapieën zijn grotendeels in twee groepen op te splitsen: *stuttering modification* en *fluency shaping*. Bij *stuttering modification* wordt een persoon die stottert geleerd om 'vloeiend' te stotteren, terwijl bij *fluency shaping* gestreefd wordt naar een meer vloeiende spraak. Deze verschillende aspecten worden in moderne therapieën overigens geïntegreerd aangeboden en er wordt altijd gewerkt aan het verborgen stotteren.

2.6.6 Mensen die stotteren

Beroemdheden

- Aristoteles (Grieks filosoof)
- Arno (Belgisch zanger)
- Rowan Atkinson (Brits acteur)
- Frans Bauer (Nederlands zanger)
- Lewis Carroll (Brits schrijver, *Alice in Wonderland*)
- Winston Churchill (Brits premier)
- Claudius I (Romeins keizer)
- Charles Darwin (Brits bioloog)
- Herman Finkers (Nederlands cabaretier)
- Gareth Gates (Brits zanger)
- Gerrit de Stotteraar (Nederlands crimineel)
- Koning George VI van het Verenigd Koninkrijk
- Koning Lodewijk de Stamelaar (Frankisch koning)
- Sanne Hans (Nederlandse zangeres)
- Toon Hermans (Nederlands cabaretier)
- Samuel L. Jackson (Amerikaans acteur)
- Rick James (Amerikaans popzanger)

- Scatman John (Amerikaans popzanger)
- James Earl Jones (Amerikaans acteur)
- Harvey Keitel (Amerikaans acteur)
- Jim Kerr (Schots zanger)
- Auke Kok (Nederlands journalist en schrijver)
- Marilyn Monroe (Amerikaans actrice)
- Isaac Newton (wetenschapper)
- Ozzy Osbourne (Brits rockzanger)
- Michael Palin (Brits acteur, komiek en wereldreiziger)
- Bart Peeters (Belgisch presentator)
- Steve Stevaert (Belgische politicus)
- Notker de Stotteraar (Frankisch monnik en schrijver)
- Luckas Vander Taelen (Belgisch zanger, filmmaker en politicus)
- Johan Verhoek (Nederlands crimineel; zijn bijnaam is De Hakkelaar, een van de theorieën rond deze naam is dat hij stotterde)
- Maarten van der Weijden (voormalig Nederlands zwemmer)
- Erben Wennemars (Nederlands schaatser)
- Bruce Willis (Amerikaans acteur)
- Tiger Woods (Amerikaans professioneel golfspeler)

Fictieve figuren

- Porky Pig
- De Schele, een pop uit het Antwerpse poppentheater *Poesje*
- Professor Barabas in *Het eiland Amoras*. In zijn debuutalbum stotterde professor Barabas nog, maar omdat Willy Vandersteen klachten ontving van ouders dat hun kinderen Barabas' gestotter begonnen te imiteren verdween deze karaktertrek bij Barabas.
- Jimmy Volmer in *South Park*
- Bange Smurf in *De Smurfen*
- Ken Pile, Michael Palin's personage in *A Fish Called Wanda* (1988)
- Eric Idle speelt ook kort een stotteraar aan het einde van de film *Monty Python's Life of Brian* (1979).

- De Vlaamse komiek Jacques Vermeire speelde in één van zijn zaalshows ook een stotteraar. Het werd één van zijn bekendste sketches.
- Billy Bibbit, personage uit het boek *One Flew Over the Cuckoo's Nest*

2.6.7 Tips voor het spreken met een persoon die stottert

Om een gesprek tussen meerdere personen gemakkelijk te laten verlopen, zijn communicatieregels belangrijk. Er zijn mensen die het lastig vinden te luisteren naar iemand die stottert. Over het algemeen geldt dat een luisteraar zijn luistergedrag en reacties niet hoeft aan te passen wanneer hij met iemand spreekt die stottert. Met een paar extra punten van aandacht is de luisteraar geholpen: Maak als het kan een opmerking over het stotteren. Wanneer stotteren een 'taboe' is, wordt spontaan reageren ook moeilijker. Volgt de persoon die stottert therapie? Vraag er eens naar. Misschien heeft deze persoon adviezen voor de gesprekspartner. De persoon die stottert doet mogelijk al enorm zijn best om niet te veel te stotteren, daarom heeft het geen zin adviezen te geven als “doe maar rustig”, of “haal eens adem”. Niet doen: zinnen aanvullen en oogcontact vermijden. Bedenk dat achter de zichtbare stottersymptomen (vergelijk: ijsberg, het gedeelte boven water) vaak negatieve gedachten en gevoelens schuilen (het gedeelte onder water). Als iemand niet hoorbaar stottert, kan iemand toch een stotterprobleem hebben. Stotteren wisselt van aard, al naar gelang het onderwerp van gesprek, het gedrag van de gesprekspartner en het aantal aanwezige personen. Het is een misvatting dat stotteren makkelijk te verhelpen is (deze ontstaat doordat de ernst van het stotteren van persoon tot persoon sterk kan verschillen). Het helpt wanneer de gesprekspartner rustig de tijd neemt, de persoon die stottert aankijkt, aandacht heeft voor hetgeen er gezegd wordt en niet alleen luistert naar het stotterend spreken zelf. Veel therapieën zijn erop gericht de persoon die stottert (weer) in sociale situaties aan de praat te krijgen door onder meer te leren dat hij een PDS (persoon die stottert) is en niet een 'stotteraar' zonder enige kwaliteiten.

2.6.8 Literatuur

- Conture E, Walden TA, Arnold HS, Graham CG, Hartfield KN, Karass J. Communication–Emotional Model of Stuttering in: Bernstein Ratner N & Tetonowski J (Eds)(2006). Stuttering research and practice: Vol 2: Contemporary Issuers and approaches. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

2.6.9 Externe links

- Belgische Stottervereniging

- Belgische zelfhulpvereniging sinds 1995
- Nederlandse Federatie Stotteren
- Stichting Support Stotteren

2.7 Pervasieve ontwikkelingsstoornis

Pervasieve ontwikkelingsstoornissen (*Pervasive Developmental Disorders*, PDD) is een term in de psychiatrie waarmee vier ontwikkelingsstoornissen plus een restgroep worden aangeduid. Met 'pervasief' wordt 'diep doordringend' bedoeld.

2.7.1 Soorten

Als synoniem wordt ook wel de term **autismespectrumstoornissen** of **autisme** gebruikt, maar op etiologische gronden en gedragsclassificaties houdt dit niet voor iedereen hetzelfde in. In mei 2006 verscheen dan ook een voorstel om de categorie te herzien en onderscheid te maken tussen autistische pervasieve ontwikkelingsstoornissen en niet-autistische pervasieve ontwikkelingsstoornissen.^[1]

Er werden in het DSM-IV vier pervasieve ontwikkelingsstoornissen onderscheiden en de restgroep NAO:

- Autistische stoornis
- Syndroom van Rett
- Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd
- Syndroom van Asperger
- PDD-NOS, pervasieve ontwikkelingsstoornis - niet anderszins omschreven (restcategorie).

In mei 2013 is **DSM-5** ingevoerd. Sindsdien worden **klassiek autisme**, het **syndroom van Asperger**, **atypisch autisme**, **PDD-NOS**, **MCDD**, het **syndroom van Rett** en **desintegratiestoornis van de kinderleeftijd** als één categorie benoemd: **autismespectrumstoornis**.

2.7.2 Mentale en lichamelijke elementen

Mentaal

Op mentaal vlak hebben pervasieve stoornissen vergaande invloed op het verloop van de ontwikkeling op tal van gebieden als sociale relaties en vaardigheden, taal en voorstellingsvermogen, motoriek, (zelfbeeld,) gevoelens, spel en fantasie. Dit kan vergaande gevolgen hebben voor de beleving en het begrip van vooral de sociale omgeving, maar eigenlijk de hele dagelijkse wereld; ook de fysieke

omgeving en verschijnselen. De mate waarin een autist zijn omgeving anders beleeft dan de gemiddelde mens, kan men wellicht zien als een mate van 'incompatibiliteit' met die gemiddelde mens, op het vlak van die zaak of zake. Het voortdurend ervaren van 'incompatibiliteit' met de (sociale) omgeving kan vergaande gevolgen hebben voor het zelfbeeld.

Lichamelijk

Op lichamelijk vlak hebben deze stoornissen in meer of mindere mate gevolgen voor het afweersysteem, de endocrinologie, het vetzuurmetabolisme, het aminozuur- of purinemetabolisme, en toename van oxidatieve stress door een afwijking in de werking van de neurotransmitters.

2.7.3 Zie ook

- Ontwikkelingsstoornis
- Autisme
- Schizoïde spectrum

2.7.4 Externe links

- Pervasive Developmental Disorders
- Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders)

2.7.5 Voetnoten

- [1] M.T. Mercadante, R.J. Van der Gaag, J.S. Schwartzman - Non-autistic pervasive developmental disorders: Rett syndrome, disintegrative disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified

2.8 Autistische stoornis

Autistische stoornis of **vroegkinderlijk autisme** is een aandoening, behorend tot de **pervasieve ontwikkelingsstoornissen**. Vaak wordt de aandoening aangeduid met 'autisme', een term die ook vaak voor verwante stoornissen wordt gebruikt. Ook wordt de stoornis wel 'syndroom van Kanner' (of klassiek autisme) genoemd naar de kinderpsychiater **Leo Kanner**, die als eerste de gedragingen bij kinderen onderzocht.

De symptomen van de aandoening zijn duidelijk herkenbaar rond de leeftijd van 18 maanden en kenmerken zich door een achterblijvende ontwikkeling op drie terreinen: sociale en empathische contacten, ontwikkeling van communicatie en taal, en gedragsontwikkeling. Deze drie samen wordt ook wel de (autistische) triade genoemd.

Als een kind niet aan de gestelde criteria voldoet, maar toch veel overeenkomstige symptomen vertoont, spreekt men van **atypisch autisme** of een **aan autisme verwante contactstoornis**.

In mei 2013 is de DSM-5 ingevoerd. Op dat moment hield klassiek autisme als diagnose op te bestaan en werd deze samen met het syndroom van Asperger, PDD-NOS, atypisch autisme, MCDD, syndroom van Rett en desintegratiestoornis van de kinderleeftijd als een enkele categorie benoemd: **autismespectrumstoornis**. Door deze verandering in systematiek wordt volgens onderzoek autisme minder vaak gediagnosticeerd.^[1]

2.8.1 DSM-IV-criteria

Het handboek DSM-IV geeft de volgende criteria voor een autistische stoornis: De drie criteria zijn elk onderverdeeld in een aantal items. Gesproken wordt van een autistische stoornis als zes van deze items duidelijk aanwezig zijn, waarvan minimaal twee bij het eerste criterium en minimaal een bij het tweede en een bij het derde criterium. Hieronder het overzicht van de items per criterium:

- kwalitatieve tekortkomingen in de sociale interactie, zoals blijkt uit *minstens twee* van de volgende elementen:
 1. Opmerkelijke tekortkomingen in het aanwenden van **lichaamstaal** of houding. Bijvoorbeeld; rechtstreeks oogcontact, gelaatsexpressie, lichaamshouding en gebaren.
 2. Onvermogen om met leeftijdsgenoten relaties aan te gaan die aangepast zijn aan het ontwikkelingsniveau, ze gaan meestal om met jongere kinderen of oudere mensen, maar niet met leeftijdsgenoten.
 3. Onvermogen om spontaan vreugde, interesses of successen te delen met andere personen (bijvoorbeeld niet kunnen tonen, aanduiden of aanwijzen van voorwerpen die belangstelling wekken).
 4. Gebrek aan sociale of emotionele wederkerigheid ofwel het niet tonen van emoties.
- kwalitatieve tekortkomingen in de communicatie, zoals blijkt uit *minimaal één* van de volgende elementen:
 1. vertraging in of gebrek aan ontwikkeling van de gesproken taal (zonder pogingen tot compensatie via andere manieren van communicatie, bijvoorbeeld gebaren of gelaatsuitdrukkingen)
 2. bij personen met goed taalgebruik tekortkomingen in het voeren van conversaties met anderen

3. stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig, afwijkend taalgebruik
4. ontbreken van gevarieerd en spontaan fantasie-spel of sociaal imiterend spelen op het passende niveau van sociale ontwikkeling

- Beperkte, repetitieve en stereotiepe gedrag-, interesse en activiteiten-patronen, zoals blijkt uit *minstens één* van de volgende elementen:
 1. Allesomvattende **preoccupatie**, die abnormaal is voor wat intensiteit of aard betreft, met één of meerdere stereotiepe en beperkte interesse-patronen.
 2. Ogenschijnlijke onwrikbare gehechtheid aan specifieke, affunctionele routines of rituelen.
 3. Stereotiepe en repetitieve motore maniërismen (bijvoorbeeld fladderen of draaibewegingen maken met handen of vingers, of complexe bewegingen maken met heel het lichaam).
 4. Aanhoudende **preoccupatie** met (onderdelen van) voorwerpen.
- Vertraagd of abnormaal functioneren op *minimaal één* van de volgende gebieden, beginnend voor de leeftijd van drie jaar:
 1. Sociale interactie.
 2. Taal (gebruikt in sociale communicatie).
 3. Symbolisch spel of fantasiespel.
- Er is niet voldaan aan de criteria voor de stoornis van Rett of desintegratiestoornis van de kinderleeftijd.

2.8.2 Ondersteuning

Er zijn diverse instanties waar mensen met een autistische stoornis terecht kunnen voor begeleiding en/of lotgenotencontact. Naast officiële instanties zoals de Geestelijke gezondheidszorg zijn er verenigingen zoals een Nederlandse en een Vlaamse zelfhulpgroep, die zich richten op normaal begaafde volwassenen met autisme en de Nederlandse en Vlaamse Vereniging Autisme die zich vooral richten op ouders met autistische kinderen.

2.8.3 In populaire cultuur

- Een bekend voorbeeld van het Syndroom van Kanner is de film *Rain Man* waarin acteur Dustin Hoffman een zwaar in zichzelf gekeerde autist speelt die bijzonder goed is in rekenen. Bij hem was ook sprake van een **savantsyndroom**.
- *Snow Cake* is een recentere film waarin Sigourney Weaver de rol van een autistische vrouw vertolkt.

2.8.4 Zie ook

- Autismespectrum
- Hoogfunctionerend autisme
- PDD-NOS (restgroep)
- Spiegelneuron

2.9 Syndroom van Rett

Het **syndroom van Rett**, ook wel **rettsyndroom** of kortweg **rett**, is een aangeboren aandoening die vrijwel alleen bij meisjes voorkomt en leidt tot ernstige geestelijke en lichamelijke invaliditeit. De stoornis is vrij zeldzaam, met circa tien nieuwe gevallen per jaar in Nederland, een **incidentie** van 1 meisje per 12 000 tot 1 per 18 000.

In termen van klassieke **genetica** gaat het om een **X-gebonden dominante** stoornis die bij jongetjes letaal is, dat wil zeggen: al voor de geboorte dodelijk. In **DSM-IV** werd het syndroom gezien als een **pervasieve ontwikkelingsstoornis**. Sinds in mei 2013 **DSM-5** ingevoerd is, bestaat het syndroom van Rett niet meer als losse diagnose maar wordt het tot de categorie van de **autismespectrumstoornissen** gerekend.

2.9.1 Kenmerken

Het syndroom bestaat uit een aantal neurologische stoornissen en wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het ontbreken (uitblijven) van een bepaalde normale ontwikkelingsfase, dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt door een niet goed functionerend gen. De diagnose wordt in eerste instantie gesteld op basis van dit kenmerkende ontwikkelingsverloop, maar wordt bevestigd door **genetisch** onderzoek. Bij ongeveer 80% wordt een stoornis aan het betreffende gen aangetroffen.

Fase I

Na een normale **prenatale ontwikkeling**, een geboorte op of rond het verwachte tijdstip en een normale ontwikkeling tot de 6e à 18e levensmaand, stagneert de ontwikkeling. De ontwikkeling van de hersenen vertraagt, de ontwikkeling van sociale vaardigheden en spelontwikkeling komen tot stilstand. Dit beschouwt men als de **knik** in de ontwikkeling en is vaak het eerste en enige symptoom dat duidt op deze afwijking.

Fase II

De ontwikkeling van het kind komt tijdelijk tot stilstand, gevolgd door achteruitgang. Verworven vaardigheden zoals spraak en lopen gaan achteruit en het doelbewust gebruik van de handen gaat langzamerhand verloren. Er is

vrijwel altijd sprake van **mentale retardatie**, een ernstige vermindering van de **intelligentie**. Het kind keert ook in zichzelf en vertoont **autistisch gedrag**, waar het voorheen nog sociaal was en contact legde met de omgeving.

Er ontstaan stereotiepe handbewegingen: typisch voor kinderen met het syndroom van Rett is het handen wringen, vaak op borsthoogte in de middellijn. Wat later in deze fase treedt vaak **epilepsie** op, die na een aantal jaren vaak weer vermindert. Dikwijls is ook het ademhalingspatroon ongewoon. Ernstige **obstipatie** komt veel voor.

Het kind wordt in deze fase vaak moeilijk handelbaar. Het heeft ontroostbare huil- en/of gilbuien, en/of (vaak onverklaarbare) lachbuien en raakt snel geïrriteerd. Misschien komt dit doordat het kind zich moeilijk kan uiten vanwege de **dysfasie** en **dyspraxie**, maar het kan ook te maken hebben met de kenmerken die aan autisme doen denken: kinderen met autisme hebben deze 'buien' vaak ook. De oorzaken in dat geval kunnen zijn: dwangmatigheid, overprikkeling of overgevoeligheid voor geluiden. Ook kan een huilbui een gevolg zijn van een epileptische aanval.

Fase III

Ongeveer tussen het tweede en tiende levensjaar verbetert het gedrag van het kind en is het minder in zichzelf gekeerd. Er is weer vooruitgang en het meisje voelt zich kennelijk wat beter. Veel van de kinderen met het syndroom van Rett blijven hun leven lang in deze fase.

Fase IV

Na het tiende levensjaar treedt de vierde fase op, maar soms bereikt een persoon deze fase veel later of zelfs helemaal niet. Ze kenmerkt zich door een nieuwe achteruitgang, meestal uitsluitend op motorisch vlak. Veel meisjes met rett ontwikkelen een **scoliose**, sommige meisjes die konden lopen, kunnen dit dan niet meer. Op andere vlakken blijft de toestand stabiel of kan er een verbetering optreden. De epilepsie neemt vaak af of is beter instelbaar op medicatie. Het (oog)contact met mensen om de persoon heen kan verbeteren.

2.9.2 Oorzaken

Bij tachtig procent van de mensen met klinische symptomen van het rettsyndroom is er een defect aantoonbaar in het **MeCP2-gen**, dat op het X-chromosoom ligt. Men vermoedt dat er in de overige gevallen een stoornis is in de **stofwisselingsketen** waarin **MECP2** zijn functie uitoefent. Deze functie bestaat uit het in- en uitschakelen van een aantal andere genen; het rettsyndroom is het eerste syndroom bij mensen waarvan aangetoond is dat het mechanisme verloopt via de regulatie van de genexpressie door **gemethyleerd DNA**. De diagnose rettsyndroom

wordt dus op dit moment nog gesteld op klinische gronden (dat wil zeggen de verschijnselen die bij de patiënte waarneembaar zijn), en is niet equivalent met het vinden van een afwijking in het desbetreffende gen, hoewel er een aanzienlijke overlap tussen die twee bestaat. Er is inmiddels door toepassing van **genetische technieken** een muis gecreëerd die een soortgelijk gendefect heeft en inderdaad soortgelijke symptomen vertoont. Recent is een ander gen ontdekt waarvan defecten tot rett-achtige symptomen kunnen leiden, genaamd CDKL5. Gevallen met een dergelijke mutatie hebben een iets andere presentatie, met al in een eerder stadium epileptische aanvallen. Het rettsyndroom is onderwerp van intensief onderzoek met tientallen medisch-wetenschappelijke publicaties per jaar.

2.9.3 Behandeling en vooruitzichten

Patiënten hebben bij goede verzorging een nagenoeg normale levensverwachting, maar zijn ernstig verstandelijk en lichamelijk gehandicapt. De kans op herhaling in het gezin bij een volgende geboorte is in bijna alle gevallen klein, aangezien het meestal om een toevallige, nieuwe mutatie gaat. Omdat de oorzaak nog niet aangepakt kan worden, spitst de behandeling van het rettsyndroom zich nog toe op de behandeling van symptomen. De aandacht moet vooral uitgaan naar het voorkomen of tijdig onderscheppen van veel voorkomende medische problemen, zoals epilepsie, scoliose en slikproblemen (van neurologische aard).

Een kind met het syndroom van Rett heeft intensieve begeleiding nodig van een **logopedist**, **kinesitherapeut** en/of **ergotherapeut**. Het kind communiceert moeilijk en voor elk kind afzonderlijk moet een vorm gezocht worden om zich te uiten. Vanwege de afasie en apraxie is dit zowel voor de patiënte als voor de mensen om haar heen een zware en moeilijke opdracht die ontmoedigend kan zijn als men de doelen te hoog stelt.

2.9.4 Erfelijkheid

Dat jongetjes het syndroom zelden hebben, betekent waarschijnlijk dat de mutatie bij hen dodelijk is in een vroeg stadium in de zwangerschap - jongens hebben immers maar één X-chromosoom en kunnen een fout daarin dus niet compenseren, zoals een meisje dat met haar andere X-chromosoom wel kan. Het rettsyndroom kan echter wel voorkomen bij jongetjes met het syndroom van **Klinefelter**. Een jongen met dit syndroom heeft een extra X-chromosoom en kan daardoor overleven.

Doordat er bij meisjes in een vroeg stadium van de embryonale ontwikkeling een van de twee X-chromosomen in iedere cel wordt gedeactiveerd, kan het syndroom van Rett zich waarschijnlijk op veel manieren uiten, waarbij de symptomen ernstiger zijn naarmate er minder normaal functionerende X-chromosomen zijn overgebleven. Om-

dat patiënten met syndroom van Rett zich normaliter niet voortplanten, is vrijwel ieder geval van de aandoening een sporadisch, niet overervend geval. De licht verhoogde kans op herhaling (minder dan één procent) in hetzelfde gezin berust waarschijnlijk op zeer lichte, niet herkende gevallen bij de moeder.

2.9.5 Ontdekking

De ziekte is al in de zestiger jaren van de 20e eeuw door de Oostenrijkse kinderarts **Andreas Rett** beschreven, maar kreeg pas in 1983 na een publicatie van **Hagberg et al.** in de *Annals of Neurology* in de Angelsaksische literatuur meer bekendheid. In 1999 werd het oorzakelijke gen ontdekt en dit werd gepubliceerd in *Nature genetics* door dr. **Huda Zoghbi** en haar onderzoeksteam van het Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

2.9.6 Externe links

- [Rett.nl](#): site van Nederlandse Rett Syndroom Vereniging
- [Stichtingterre.nl](#): site van Stichting Terre-Rett Syndroom Fonds
- [Home.wxs.nl/~{ }braam](#): lijst met diagnostische kenmerken
- [cdkl-5.nl](#): site van Stichting CDKL-5 Nederland

2.10 Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd

De **desintegratiestoornis van de kinderleeftijd**, ook wel **syndroom van Heller** genoemd, is een psychische aandoening die in het DSM-IV was ingedeeld bij de pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Kinderen met deze aandoening ontwikkelen zich de eerste twee jaar (of langer) van hun leven normaal, maar voor het tiende levensjaar raken ze eerder opgedane vaardigheden op het gebied van taal, sociaal gedrag, communicatie en motoriek weer kwijt. Verder gaan ze beperkt, repetitief of stereotiep gedrag vertonen. In enkele opzichten vertoont de aandoening overeenkomsten met het **syndroom van Rett**.

In sommige gevallen gaat aan de aandoening een fase vooraf waarin het kind prikkelbaar, angstig of hyperactief wordt. In gevallen waarin een progressief neurologisch probleem kan worden aangetoond, zijn de symptomen vaak ook progressief. In de meeste gevallen stabiliseert de aandoening zich echter en soms treedt ook een lichte verbetering op.

De prognose is slecht: in de meeste gevallen ontstaat blijvende **mentale retardatie**. Het is vooralsnog onduidelijk

of er een relatie met autisme bestaat, omdat in bepaalde gevallen een specifieke hersenstoornis als oorzaak aangewezen kan worden. De diagnose wordt nu gesteld op grond van gedragskenmerken.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor deze ontwikkelingsstoornis:

- Schijnbaar normale ontwikkeling gedurende minimaal twee jaar na de geboorte, wat blijkt uit voor de leeftijd normale verbale en non-verbale communicatie, sociale relaties, spel en aanpassingsgedrag.
- Klinisch duidelijk verlies van eerder verworven vaardigheden (voor de leeftijd van tien jaar) op minimaal twee van de volgende gebieden:
 1. taal (spreken of luisteren)
 2. sociale vaardigheden of aanpassingsgedrag
 3. beheersing van darmen of blaas
 4. spelen
 5. motoriek
- Afwijkingen in het functioneren op minimaal twee van de volgende gebieden:
 1. kwalitatieve tekortkomingen in de sociale interactie (bijvoorbeeld beperking in het non-verbaal gedrag, geen relaties met leeftijdsgenoten kunnen opbouwen, gebrek aan sociale of emotionele bereikbaarheid)
 2. kwalitatieve tekortkomingen in de communicatie (bijvoorbeeld late of geen ontwikkeling van gesproken taal, onvermogen een gesprek te beginnen of te voeren, stereotiep of repetitief gebruik van taal, geen gevarieerde fantasiepelletjes)
 3. beperkte, herhaalde en stereotiepe gedragspatronen, interesses en activiteiten, waaronder stereotiepe en repetitieve motoriek.
- De stoornis is niet beter te verklaren door een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

In mei 2013 is DSM-5 ingevoerd. Sindsdien is het syndroom van Heller als losse diagnose vervallen en samen met klassiek autisme, het syndroom van Asperger, atypisch autisme, MCDD, PDD-NOS en het syndroom van Rett als één categorie benoemd: autismspectrumstoornis.

2.11 Syndroom van Asperger

Het **syndroom van Asperger**, ook wel *aspergersyndroom* of *stoornis van Asperger*, is een pervasieve ontwikkelingsstoornis vernoemd naar de Weense kinderarts dr. Hans Asperger. Het syndroom kenmerkt zich door beperkingen in de sociale interacties en een beperkt repertoire aan interesses en activiteiten. Anders dan bij de klassieke **autistische stoornis** is er geen sprake van vertraging in de ontwikkeling van de taalvaardigheid op lage leeftijd. Er is een normale tot hoge intelligentie en een gemiddelde neiging tot het maken van contact.

In de in 2013 uitgebrachte versie van het diagnostisch classificatiesysteem DSM, DSM-5, is het syndroom van Asperger als aparte diagnose verdwenen. Het wordt nu samen met klassiek autisme, atypisch autisme, MCDD, PDD-NOS, het syndroom van Rett en desintegratiestoornis van de kinderleeftijd als één categorie benoemd: autismspectrumstoornis. Het aspergersyndroom wordt gezien als een milde vorm daarvan. Dit wil niet zeggen dat de term aspergersyndroom niet meer kan worden gebruikt, maar men vindt dat er onvoldoende aanwijzingen zijn om het nog langer als afzonderlijke entiteit binnen het autismspectrum te beschouwen.^[1]

2.11.1 Geschiedenis

De naam van het syndroom verwijst naar de Oostenrijkse psychiater en kinderarts Hans Asperger, die hier in 1944 een proefschrift over schreef. In dit proefschrift noemde hij zijn patiënten 'kleine professors' vanwege hun intense belangstellingen en formele taalgebruik. Anders dan het artikel van Leo Kanner over autisme dat in dezelfde periode geschreven werd, kreeg de publicatie van Asperger lange tijd weinig aandacht. Zijn werk werd pas in bredere kring bekend door de aandacht die de Engelse Lorna Wing hier in 1981 aan gaf. In 1991 werd Aspergers proefschrift *Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter* door de Duitse ontwikkelingspsychologe Uta Frith in het Engels vertaald en in het boek *Autism and Asperger Syndrome* gepubliceerd. In 1994 werd het syndroom opgenomen in het Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Controverses

Al sinds Lorna Wing de eerste criteria publiceerde, bestaan er controverses over de classificatie en de status van het syndroom. Een belangrijke vraag hierbij is of het aspergersyndroom hetzelfde is als hoogfunctionerend autisme, een autistische stoornis waarbij geen mentale retardatie optreedt. In dat geval is het niet nodig deze syndromen als afzonderlijke aandoeningen op te nemen in de verschillende classificatiesystemen. Zo leidde een studie uit 1997 tot de conclusie dat de kinderen die Hans Asperger beschreef, volgens de hedendaagse DSM-criteria niet

het syndroom van Asperger hadden, maar een klassieke autistische stoornis.^[2]

Een toenemend aantal wetenschappers beschouwt het syndroom van Asperger als een vorm van hoogfunctionerend autisme. Zo schreef Lorna Wing in 1998: "Asperger syndrome and high-functioning autism are not distinct conditions" (Het syndroom van Asperger en hoogfunctionerend autisme zijn geen verschillende aandoeningen). Neuropsychologisch onderzoek deed echter weer andere gezichtspunten ontstaan. Uit onderzoek naar niet-verbale leerstoornis (NLD) bleek namelijk dat mensen met NLD en het aspergersyndroom een sterk overeenkomend neurologisch profiel hebben.^[3] Dit profiel bleek veel verschillen te vertonen met dat van hoogfunctionerend autisme.^[4] Dit zou kunnen betekenen dat Asperger en autisme in *neurologisch* opzicht wel degelijk verschillende aandoeningen zijn.

Baron-Cohen

Nog meer dan andere stoornissen uit het autismespectrum blijkt het syndroom van Asperger meer voor te komen bij mannen dan bij vrouwen.

In het boek *The essential difference* (2003), dat in 2004 in het Nederlands verscheen onder de titel *M/V Het verschil*, omschrijft Simon Baron-Cohen autisme en het syndroom van Asperger als extreme manifestaties van de werking van het mannelijk brein. Mensen met het aspergersyndroom zijn volgens hem meer gericht op technische details en resultaten (systematiseren) en minder op contact en samenwerking (empathiseren), iets wat in de hersenen aan te wijzen is (zie amygdala). Baron-Cohen beschouwt deze nadruk op systematiseren als een kenmerkend mannelijke eigenschap, en de nadruk op empathiseren als typisch vrouwelijk. Er zijn echter ook mensen met het aspergersyndroom die zich overmatig hebben gespecialiseerd in 'non-verbale communicatie' en het herkennen van menselijke emoties. Gedrag en houding kunnen dan met grote perfectie worden geïmiteerd zonder dat het bijbehorende affect aanwezig is. Zelfs de (micro-)oogexpressie kan worden geïmiteerd. Op deze manier worden, al dan niet bewust, verschillende tekortkomingen tot op zekere hoogte gecompenseerd.

Overigens spreekt Baron-Cohen niet van een stoornis, maar van een *cognitieve stijl*, met eigen kwaliteiten, waar niet noodzakelijk iets aan 'verbeterd' hoeft te worden.

2.11.2 Asperger en het autismespectrum

Het syndroom van Asperger wordt tot het autismespectrum gerekend. Net als bij de andere stoornissen uit dit spectrum is er sprake van een onhandige motoriek, moeite met het 'lezen' van sociale situaties, gebrek aan inlevingsvermogen, moeite met veranderingen, een neiging tot vaste gewoonten, een voorkeur voor bezigheden en

interesses met sterk herhalende of systematische elementen, neiging tot obsessief gedrag en makkelijk opgaan in een fantasiewereld.

Belangrijke verschillen met klassiek autisme zijn de (vrijwel) normale taalontwikkeling, de normale of zelfs hoge intelligentie en de normale behoefte om contacten te leggen. Het syndroom van Asperger wordt om deze redenen vaak tot het mildere eind van het autismespectrum gerekend. Vaak worden mensen met het syndroom van Asperger beschouwd als individuen die excentriek, wereldvreemd of *einzelgänger* zijn.

Het stellen van een eenduidige diagnose wordt bemoeilijkt door de grote verschillen in de symptomen per diagnose en door de verschillen in methoden en instrumenten om het syndroom van Asperger vast te stellen. Naast de Amerikaanse diagnosecriteria uit DSM-IV en DSM-5 zijn er ook de criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie (ICD-10), de Szatmari diagnostische criteria, de criteria van Gillberg en de criteria die Tony Attwood hanteert.

DSM-criteria

Het DSM-IV geeft de volgende criteria (299.80):

- A. Kwalitatieve tekortkomingen in de sociale interactie, wat blijkt uit minimaal twee van de volgende criteria:
 1. Duidelijke tekortkomingen in verschillende vormen van niet-verbaal gedrag, zoals rechtstreeks oogcontact, gelaatsexpressie, lichaamshouding en gebaren in sociale context.
 2. Onvermogen tot het aangaan van relaties met leeftijdgenoten die bij het ontwikkelingsniveau passen.
 3. Ontbreken van het spontaan delen van vreugde, interesses of prestaties met anderen (bijvoorbeeld geen voorwerpen tonen, geven of aanwijzen).
 4. Gebrek aan sociale of emotionele wederkerigheid.
- B. Beperkte herhaalde en stereotiepe gedragspatronen, interesses en activiteitenpatronen, wat blijkt uit minimaal een van de volgende criteria:
 1. Overheersende preoccupatie met een of meer stereotiepe en beperkte interessepatronen die afwijkend is in intensiteit of aandachtsgebied.
 2. Duidelijk inflexibel vasthouden aan niet-functionele routinehandelingen of rituelen.
 3. Stereotiep en herhaald motorisch gedrag (bijvoorbeeld fladderen of draaien van handen of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam).

4. Duidelijke preoccupatie met onderdelen van voorwerpen.
- C. De aandoening leidt tot klinisch significante tekortkomingen op sociaal of beroepsmatig gebied of andere belangrijke terreinen.
 - D. Er is geen klinisch significante achterstand in de taalontwikkeling (bijvoorbeeld woorden op tweejarige leeftijd, zinnen op driejarige leeftijd).
 - E. Er is geen klinisch significante achterstand in de cognitieve ontwikkeling of in de ontwikkeling van zelfhulpvaardigheden, aanpassingsgedrag (sociale interactie niet meegerekend) en de nieuwsgierigheid naar de omgeving.
 - F. Er is niet voldaan aan de criteria voor een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

Cijfers

Cijfers over het voorkomen van het syndroom van Asperger hebben meestal betrekking op kinderen.

Voordat de diagnose van het aspergersyndroom werd erkend, en alleen naar 'klassiek autisme' werd gekeken, heette 1 op de 2200 mensen 'autistisch'. Sinds de term 'autismespectrumstoornis' steeds meer aanvaard raakt, wordt aangenomen (onder meer door het Vlaamse *Autisme Centraal* en het Nederlandse *Centrum Autisme*) dat 1 op de 1000 mensen klassiek autisme heeft, en 1 op de 200 mensen een stoornis in het autistische spectrum. Het Nederlandse Landelijke Netwerk Autisme neemt aan dat ongeveer 1 op de 400 mensen autistisch is, waarvan 25% vrouwelijk.

2.11.3 Kenmerken

Opgaan in intense interesses

Mensen met het syndroom van Asperger kunnen intense **preoccupaties** koesteren. De precieze interesse verschilt per persoon; vaak is deze sterk gespecialiseerd en maakt op buitenstaanders een willekeurige indruk. Verzamelwoede komt veel voor, uiteenlopend van **postzegels** tot ongebruikelijke objecten zoals **ventieldopjes**. Ook het verzamelen van encyclopedische kennis over allerlei onderwerpen komt veel voor. Kenmerkend voor het syndroom van Asperger (en autisme in het algemeen) is niet zozeer wat de precieze interesse is, maar vooral de intensiteit waarmee men zich ermee bezighoudt. Vaak is het voor het individu van belang of het gekozen onderwerp het individu in staat stelt er een ordening en categorisering in aan te brengen (bijvoorbeeld, iemand zal in voetbal geïnteresseerd zijn omdat hij scores kan verzamelen waarna hij die vergelijkt met eerdere jaren en die scores indeelt naar divisies of andere categorieën; iemand zal in

katten geïnteresseerd zijn en die vergelijken met andere katachtigen).

Hans Asperger noemde de kinderen die hij observeerde 'professor-tjes' omdat hij vaststelde dat 13-jarige patiënten een even uitgebreid en genuanceerd beeld van hun 'onderzoeksgebied' hadden als professoren. Maar typerend was dat het overzicht over het dagelijks leven vaak ontbrak. Ook sprak Asperger van *intelligentie-automaten*, vanwege het idee dat deze patiënten alles met hun intelligentie deden, en hun gevoelsleven niet of nauwelijks aanwezig leek. Ze werkten met een 'input' en 'output' met daartussen een (gecompliceerd) programma dat bepaalde wat er met de input moest worden gedaan, zoals bij een automaat of robot. De hersenen van mensen met het syndroom worden wel eens met een computer vergeleken, omdat ze informatie zouden indelen op een nogal categorische manier, zodat deze weliswaar uitermate nauwkeurig in 'laatjes' wordt opgeslagen, maar die laatjes staan in minder goede verbinding met elkaar, waardoor de persoon minder makkelijk dan anderen van het ene naar het andere onderwerp of situatie kan overschakelen, en (te) ver kan doorgaan op de ingeslagen weg. Een computer zou net zo werken, en wel met mappen die niet onderling met elkaar communiceren en onafhankelijk moeten worden geopend.

De meeste mensen met het syndroom van Asperger wisselen gedurende de kindertijd een paar keer van interesse. In de puberteit komt de definitieve interesse gewoonlijk vast te liggen. Opvallend is wel dat een groot aantal mensen met het aspergersyndroom hierbij vaak voor technische, wetenschappelijke, systematische, en *bètavakgerelateerde* interesses kiest; vaak typische 'mannen-interesses'.

Dergelijke interesses bieden een kunstmatige geordende wereld, die iemand met het aspergersyndroom respijt geeft van de onvoorspelbare en onhandelbare wereld van alledag. Het geeft een doel, uitdaging en bevrediging waarvan men de regie volledig zelf in de hand heeft. Het verlossende effect is wel enigszins te vergelijken met dat van verslavende middelen. Mensen met het syndroom van Asperger hebben het vaak moeilijk met *zingeving* en *religies*. Deze sluiten vaak niet aan bij hun wetenschappelijke en *rationele* instelling.

Een combinatie van beperkte sociale vaardigheden en intense belangstelling voor een bepaald gebied kan leiden tot ongebruikelijke gedragingen die vaak worden omschreven als preoccupaties of stereotiep gedrag. Maar grote gedrevenheid, geduld en sterke fixatie en concentratie op het willen oplossen van een bepaald probleem, het willen begrijpen van een complex geheel of het willen bereiken van een bepaald beoogd doel, kunnen ook bijzondere resultaten of prestaties opleveren. Grote prestaties werden geleverd door mensen met een *cognitieve stijl* die sterk aan het syndroom doet denken.^[5] Zeker is dat het aspergersyndroom niet altijd een handicap is, maar ook zijn positieve kanten kent.^[6] Het is zeker niet onge-

bruikelijk dat mensen met het syndroom van Asperger hun beroep maken van de onderwerpen waar ze veel van af weten en waarin ze zich gespecialiseerd hebben.

Bijzonder taalgebruik

Kinderen met het syndroom van Asperger kunnen opvallen door een 'pedante' manier van spreken. Hun spreektaal is vaak formeel en barok en vertoont veel overeenkomsten met schrijftaal. Ze komen vaak autoritair over door de stelligheid van hun uitspraken en vaak eentonige stemgeluid. Verder hebben ze een sterke neiging lang over hun 'specialisme' door te praten terwijl de gesprekspartner er allang geen interesse meer voor toont (preoccupatie). Ze kunnen echter uitblinken in spelling, genieten van dictees en van het uitleggen van spelling- en grammaticaregels en kunnen lezen en voorlezen als kinderen die jaren ouder zijn. Dit staat los van de inhoud van de tekst, die ze misschien niet eens begrijpen (hyperlexie). Onder mensen met het syndroom zouden veel **beelddenkers** zijn.

Een persoon met het aspergersyndroom wekt met zijn manier van spreken vaak hilariteit, of juist dodelijke ernst. Dit kan de aanzet zijn tot een imago als grappenmaker, waarbij de nadruk vaak zal liggen op taalgrapen (woordspeling, woordspel, kreupelrijm, satire) en absurdistische humor; juist niet op serieuze kritiek of op **situationele humor** waarbij interactie tussen mensen van belang is.

Hoewel mensen met het syndroom van Asperger over het algemeen geen stoornis in taalontwikkeling en spraak hebben, kunnen ze moeite hebben met het op gang houden van een gesprek. Het kan voorkomen dat ze niets meer weten te zeggen en niet of slecht uit hun woorden komen. Dit is ook afhankelijk van de inhoud van het gesprek, de situatie en het gespreksonderwerp. Wanneer iemand met het syndroom van Asperger over 'koetjes en kalfjes' moet praten, zal hij sneller vastlopen dan wanneer het over een van zijn interessegebieden of een ander 'zakelijk' onderwerp gaat. Mensen met het syndroom vinden het dan ook opvallend wanneer **neurotypische** mensen zomaar over vrije onderwerpen kunnen praten en daarbij voortdurend uit de losse pols het gesprek op gang weten te houden. Ze raken gespannen als gesprekken meer om het uitwisselen van sociale conventies gaat, en minder om het uitwisselen van informatie. Ze zullen proberen een gesprek hun kant op te buigen door er informatie, analyses en conclusies in te verwerken. Dit kan bij de gesprekspartner tot irritatie leiden, omdat deze, in tegenstelling tot degene met het syndroom, juist ontspanning ervaart bij het aangaan van een gesprek zonder waarheidsvinding als oogmerk.

Verder komen echolalie en palilalie voor, net als bij andere stoornissen uit het autismespectrum. Ook het praten tegen voorwerpen komt een enkele keer voor. Dit neemt niet weg dat de persoon met het aspergersyndroom heel goed weet dat het voorwerp niets terugzegt, en het wer-

kelijkheidsbesef is niet verstoord. Sommige mensen met Asperger praten soms veel tegen zichzelf en voeren monologen. Er is meer sprake van 'loop-back' communicatie dan van communicatie naar anderen. Ook worden denkbeeldige conversaties/interacties soms nagesimuleerd in het hoofd, zodat de persoon met Asperger als het ware alvast oefent en zich enigszins voorbereidt op de gesprekken/interacties in de echte werkelijkheid. Een persoon met Asperger wil alle opties alvast van tevoren 'uitgewerkt' hebben zodat hij/zij niet voor verrassingen komt te staan. Improviseren is niet diens kwaliteit.

Sociale beperkingen

Mensen met het syndroom van Asperger kunnen binnen de sociale context moeilijk 'tussen de regels lezen'. Het besef van wat sociaal aanvaard is, is vaak niet **intuïtief**. Daardoor vindt men vaak niet de juiste toon en mimiek om de eigen emotionele toestand te uiten. Het vermogen om letterlijke en figuurlijke taal uiteen te houden en om iemands lichaamstaal te lezen is beperkt, evenals de **theory of mind**, zoals dat voorkomt bij veel vormen van autisme. Het juist inschatten wanneer het woord kan worden genomen in een gesprek, en wanneer niet, is vaak slecht ontwikkeld. Algemeen bekende **metaforen** zijn voor mensen met het syndroom van Asperger vaak moeilijk te begrijpen, terwijl de eigen metaforen juist voor de omgeving dikwijls onbegrijpelijk zijn. Dit alles maakt dat gesproken kan worden van een, soms sterk, verminderd **empathisch vermogen**.

Ten opzichte van mensen met klassiek autisme leren mensen met het syndroom van Asperger veel geraffineerder met hun beperkingen om te gaan. Men weet ze vaak goed te camoufleren. Geholpen door de meestal goed ontwikkelde verbale vaardigheden worden de aanwezige sterke kanten ten volle uitgebuit. Ook het spelen met niet-letterlijk taalgebruik is te leren. De beperkingen zijn dus door inzet van het verstand en oefening in de loop van jaren vaak deels te compenseren. Men leert dan gedurende de adolescentie wat gemakkelijker met andere mensen om te gaan. Hierdoor, en vanwege de beperkte wetenschappelijke informatie die beschikbaar is over de aanpak, wordt de 'handicap' door **hulpverlening** en omgeving nogal eens onderschat.

Drukke sociale gebeurtenissen zijn voor een persoon met het aspergersyndroom vaak onaangenaam; een activiteit is **belastend** en **inspannend** in plaats van **ontlastend** en **ontspannend** zoals dat voor iemand zonder het syndroom van Asperger zou zijn. Van daaruit kan zich dan logischerwijs stress, onzekerheid of angst ontwikkelen. Veel mensen met het syndroom uiten wel de wens om een sociaal leven te hebben, maar negatieve ervaringen als gevolg van hun sociaal (on)vermogen zorgen er in veel gevallen voor dat men op dat gebied grote beperkingen voelt.

Emotionele bijzonderheden

Iemand met het syndroom van Asperger heeft er in het algemeen moeite mee de emotionele signalen van anderen te doorgronden, in het bijzonder de subtiele boodschappen door gelaatsuitdrukkingen, oogcontact en lichamelijk contact. De mentale instelling is meer dan gemiddeld egocentrisch waardoor men een egoïstische indruk kan maken. Het vermogen om eigen en andermans intenties en emoties te duiden en te kanaliseren is verstoord. Men leert door ervaring vaak wel wat daarbij de maatschappelijke normen zijn en beseft terdege wanneer iets aanvaardbaar of juist afwijkend overkomt. Het kunnen vinden en toepassen van sociaal geaccepteerde strategieën om gepast op de omgeving over te komen is een voor naam onderscheid met mensen met klassiek autisme.

Een persoon met het syndroom van Asperger kan, wanneer de zaken een onverwachte wending nemen, moeite hebben met het verwerken van emoties. Terugtrekking, paniek en vluchtgedrag of doorbraken van woede, agressie en huilbuien kunnen het gevolg zijn. Voor de buitenwereld zijn deze autistische reflexen en uitingen niet altijd te begrijpen. Daar waar veel mensen juist op anderen afstappen, communiceren en heftig in gesprek gaan wanneer ze een probleem hebben, vluchten mensen met het syndroom juist in zichzelf en kunnen totaal onbereikbaar worden. Bij telkens terugkerende of blijvende problemen waarvoor geen manier van omgaan wordt gevonden, kan iemand met het syndroom van Asperger een groot wantrouwen, achterdocht of boosheid ontwikkelen naar de niet-autistische buitenwereld.

Veel wetenschappelijke informatie die beschikbaar is over het gevoelsleven van mensen met het syndroom van Asperger heeft betrekking op kinderen. Over de wijze waarop het syndroom bij volwassenen tot uiting komt, beschikt men meer over vermoedens dan harde feiten. De veronderstelling is dat de meeste mensen met het syndroom van Asperger in de loop der jaren leren omgaan met hun anders-zijn waardoor dit niet of minder opvalt.

Sensorische kenmerken

Veel mensen met het syndroom hebben sensorische afwijkingen die niet tot problemen leiden. Omdat de hersenen meer gericht zijn op het opmerken van details, kunnen het gezicht en het gehoor verschijnselen opmerken die niet-autistische mensen niet opvallen. Zo kunnen ze de lage frequentie van bepaalde soorten licht waarnemen waardoor een tv lijkt te flinkeren, net als tl-verlichting, sommige LED-lampen en auto-achterlichten, waar neurotypische mensen dit niet zien. Ook kunnen sommigen ultrasone geluiden horen: vlermuizen zijn hoorbaar en beeldbuizen geven tijdens gebruik een constante piepton.

Ook overgevoeligheid voor tast, geluiden en smaken komt veel voor. Deze tot overprikkeling leidende overgevoelig-

heid maakt dat men zich slechter kan concentreren. De gevoeligheid voor onregelmatige prikkels is vaak groter dan voor regelmatige. Sommigen zijn extreem gevoelig voor harde geluiden of sterke geuren, of houden er niet van aangeraakt te worden. Het tikken van een klok of het druppelen van water kan als ondragelijk worden ervaren, ook fel licht, knipperend licht zoals tl-verlichting en felle kleuren kunnen voor mensen met asperger zeer onaangenaam zijn en leiden tot emotionele uitbarstingen.

Velen hebben moeite om geluiden te filteren in een lawaaige omgeving, waardoor ze sprekers niet goed kunnen verstaan. Iemand met het aspergersyndroom kan zich in zo'n situatie moeilijk concentreren op één gesprek. Ook de wijze waarop gesprekken zich in een informele sfeer ontwikkelen en van onderwerp veranderen, kan leiden tot verwarring. Achtergrondmuziek kan de verwarring nog groter maken omdat het een extra afleidende factor vormt. Het kan echter ook een houvast vormen daar het dikwijls een constant en voorspelbaar gegeven is.

Diverse kenmerken

Mensen met het syndroom van Asperger hebben een diversiteit aan zintuiglijke, ontwikkelings- en psychische bijzonderheden. De ontwikkeling van de fijne motoriek kan bijvoorbeeld vertraagd zijn, en er kan sprake zijn van een merkwaardige manier van lopen of een gepreoccupeerde manier van bewegen van vinger, hand, arm of been. Typerend is ook dat motivatie een erg belangrijke rol speelt. Wanneer iemand met het syndroom van Asperger een bepaalde sport of muziekinstrument tot zijn interesse maakt kan hij op zo'n deelgebied sterk uitblinken. Opvallend is verder dat wat betreft sport en spel vooral vaak voor individuele en solistische activiteiten gekozen wordt, zoals boemerang gooien en gamen.

Veel mensen met het syndroom van Asperger denken extreem visueel en concreet. Ook het ruimtelijk inzicht is vaak zeer sterk ontwikkeld. Typerend is dat dit alleen opgaat zolang het overzicht aanwezig is. In een nieuwe omgeving kan iemand met het syndroom van Asperger soms totaal verdwalen en in paniek raken wanneer er geen duidelijke plattegrond aanwezig is. Ook al kunnen sommigen extreem goed kaartlezen, als de werkelijkheid op een klein detail van de kaart afwijkt, kan dit grote verwarring, paniek of frustratie veroorzaken. Anticiperen en dingen rustig op creatieve wijze oplossen is een houding die aangeleerd moet worden.

Ook het (langetermijn)geheugen werkt soms anders bij mensen met Asperger. Veel neurotypische mensen herinneren zich de dingen van vroeger vaak in een globale trant, als een verhaal. Mensen met het syndroom van Asperger onthouden soms minder de gebeurtenissen in een 'totaal-verhaaltje', maar eerder in losse opeenvolgingen van zeer gedetailleerde scènes. Ze kunnen zich dan gebeurtenissen of details herinneren in een mate die neurotypische mensen opmerkelijk vinden.

Veel mensen met het syndroom van Asperger voelen zich aangetrokken tot orde en routine, terwijl verandering in die routines en vaststaande ordes bij sommigen angstaanvallen of irritatie kan veroorzaken. Er zijn er echter ook die juist heel onregelmatig leven en heel moeilijk routines kunnen inbouwen in hun leven.

Bijkomende stoornissen

Mensen met het syndroom hebben meer dan gemiddeld te maken met bijkomende problemen, zoals klinische depressie, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, syndroom van Gilles de la Tourette, angststoornissen (met name obsessief-compulsieve stoornis en fobieën). Er zijn ook mensen met het syndroom van Asperger die gediagnosticeerd worden met dysgrafie, dyspraxie, dyslexie of dyscalculie. Mensen met het syndroom van Asperger vertonen soms kenmerken van depressie als gevolg van de matige communicatie met, en het onbegrip van, de buitenwereld.

2.11.4 Gevolgen van het syndroom van Asperger

Kindertijd

Mensen met het syndroom van Asperger ervaren vaak problemen in sociale relaties met leeftijdgenoten. In hun kindertijd zijn het dikwijls de 'studieballen zonder vrienden'. Ze spelen vaak alleen en zijn weinig bezig met vriendjes maken. Soms wordt dit wel geprobeerd, maar meestal zonder veel resultaat. Typerend gedrag is bijvoorbeeld het alleen rondlopen op het schoolplein en vaak in eigen gedachten verzonken zijn. Men is bijna doorlopend met de eigen interesses bezig. Vaak wordt met verbazing naar kinderen met het aspergersyndroom gekeken omdat ze 'zichzelf zo goed kunnen vermaken'. Ook komt het voor dat een kind met het syndroom van Asperger een gefantaseerd vriendje creëert, in een eigen fantasiewereld of in de echte wereld. Dit kan bijvoorbeeld een bepaalde knuffel, een huisdier of een object behorend bij de speciale interesse zijn.

Mensen met het aspergersyndroom worden met name in de kindertijd en in de adolescentie nogal eens het mikpunt van plagerijen en pesterijen vanwege hun afwijkende gedrag, taal en interesses en hun beperkte mogelijkheden tot sociaal communicatief gedrag. Soms zijn ze zich er niet of nauwelijks van bewust dat ze gepest worden of werden. Zo kunnen ze denken dat hun belagers juist hun vrienden zijn, waar anderen meteen zien dat deze 'vrienden' hen achter hun rug uitlachen. Anderzijds zijn er ook kinderen en jongeren met het syndroom die depressief worden omdat ze ernstig onder het pestgedrag lijden. In de huidige samenleving wordt bijna standaard van kinderen verwacht dat ze sociaal weerbaar zijn, van zich af bijten en op de juiste manier voor zichzelf opko-

men. Door het zwakkere EQ van kinderen met het aspergersyndroom zijn dit juist dingen die zich niet of matig ontwikkelen. Omdat jongeren met het syndroom vaak in een eigen wereld leven en meer met zichzelf bezig zijn dan met anderen, hebben ze minder interesse voor de buitenwereld. Ze zullen zich logischerwijs niet zoals anderen 'automatisch' gaan bezighouden met de wereld om hen heen. Vaak denken ze dat alles gebaseerd is op het verzamelen van kennis. Het besef ontbreekt dan dat sommige dingen niet op school geleerd kunnen worden, maar tijdens het dagelijks leven door ervaring ontdekt, geleerd of uitgevonden moeten worden.

Daarenboven nemen deze kinderen de dingen vaak extreem letterlijk, ze hebben het bijvoorbeeld moeilijk om sarcasme en cynisme te herkennen. Ook kan het zijn dat iemand met het syndroom van Asperger denkt dat iemand niet ernstig is, terwijl dat juist wel zo bedoeld is. Of juist andersom; denken dat een grap serieus bedoeld is. Vaak zijn kinderen of tieners met het aspergersyndroom zich niet bewust wat er verkeerd is gegaan en hoe. Wie zich wel bewust wordt van fouten, heeft dat vaak pas later door. De kunst voor iemand met het syndroom van Asperger is om bijvoorbeeld sarcasme te leren herkennen en te negeren om zo conflicten te vermijden.

Kinderen met het syndroom van Asperger zijn, in tegenstelling tot veel andere kinderen uit het autismespectrum, aanvankelijk wel heel actief sociaal zoekend, maar naarmate hun beperkte sociale vaardigheden hun tegenslagen opleveren kunnen ze zich - in toenemende mate - terugtrekken.

De combinatie van beperkingen én uitzonderlijke mogelijkheden die deze kunnen camoufleren, kan op school soms leiden tot problemen met leraren, de organisatie of medeleerlingen. Sommige mensen met het syndroom van Asperger onderkennen hun status in hun sociale omgeving niet, doordat dit een sociale conventie is. Ze behandelen iedereen dan zo'n beetje hetzelfde, los van de sociale positie. Kinderen met het syndroom van Asperger gaan bij leraren nogal eens door voor 'probleemleerling'. Een soms beperkte tolerantie voor ordinaire opdrachten zonder uitdaging maakt dat een leerling met het syndroom van Asperger een lage frustratiedrempel kan hebben en dan arrogant en ongedisciplineerd overkomt. Het kind zelf kan als gevolg daarvan agressie-aanvallen en vluchtgedrag vertonen.

Ook in de puberteit zijn er opvallendheden bij jongeren met het syndroom van Asperger te zien. Daar waar hun klasgenoten bijvoorbeeld in hun vrije tijd en weekenden vooral bezig zijn met vrienden (maken), uitgaan, experimenteren, relaties en seksualiteit, trekt de jongere met Asperger zich hier vaak van terug. Ze lijken vaak op een andere manier naar hun volwassenheid toe te werken dan hun leeftijdgenoten. Toch gaan ze (vooral lichamelijk) wel gemakkelijk door de puberteit heen.

Specifieke karaktertrekken

Veel mensen met het syndroom van Asperger hebben een buitensporig groot moreel gevoel en zullen niet snel geneigd zijn om dingen te doen die niet mogen en juist wel respect hebben voor gezaghebbers, zoals leraren, directie en politie.

Het komt nogal eens voor dat ze een 'voorbeeldleerling' of 'voorbeeldburger' zijn omdat ze zich, meer dan anderen, aan de regels houden en goede resultaten behalen. Dit extreme morele besef kan echter ook heel goed tot uiting komen wanneer de leerling met het aspergersyndroom doorgaat voor probleemleerling met veel gedragsproblemen. Bijvoorbeeld door spontaan uit zichzelf strafregels te gaan schrijven of zelfstandig naar de directeur te stappen om overdreven te gaan 'biechten'. "Ik verdien dit!" wordt dan vaak gebruikt als motivatie, het is een uiting van een overdreven sterk ontwikkeld rechtvaardigheidsgevoel. Een ander voorbeeld is overdreven voorbeeldig verkeersgedrag laten zien door bijvoorbeeld elk verkeersbord letterlijk op te volgen en de officiële voorrangsregels in elke situatie extreem letterlijk correct toe te passen. Dit laat zich verklaren door de theorie die ervan uitgaat dat iemand met dit syndroom de wereld om zich heen probeert te systematiseren, zodat ze voorspelbaarder wordt. Als men zich volgens te verwachten systemen (ethiek, regels, wetten) zou gedragen, dan zou men minder onbegrijpelijk zijn in de ogen van iemand met het aspergersyndroom. In werksituaties kan zo iemand zich sneller geroepen voelen als **klokkenluider** te fungeren, met alle gevolgen van dien, zoals uitsluiting of zelfs ontslag.

Als het leren op school geen probleem is kunnen er toch problemen ontstaan bij bijvoorbeeld stages of opleidingen met weinig structuur; zoals lesmethoden waarbij niet klassikaal les wordt gegeven. Bij dergelijke lesmethoden worden scholieren geacht zelfstandig te werken, zelfstandig te studeren en de hulp van de leraar in te roepen wanneer er een probleem is. De stap om naar de leraar te gaan kan voor mensen met het syndroom van Asperger onoverkomelijk zijn. Ook het ontbreken van duidelijke structuur kan voor problemen zorgen. Verder kunnen de meer praktische kanten van het leren een obstakel vormen. Veel jongeren met het syndroom van Asperger hebben bijvoorbeeld meer moeite met leren autorijden en daardoor ook met het behalen van hun **rijbewijs**. Bestuurders met het aspergersyndroom kunnen vaak moeilijk aan een gesprek deelnemen terwijl ze aan het rijden zijn en rijden dan ook het liefst alleen. Zij kunnen rijfouten maken als zij proberen te converseren met de rijinstructeur of de mede-inzittende. Juist het drukke verkeer wordt als een onvoorspelbare en chaotische buitenwereld ervaren waarin ze zich niet thuis voelen.

Vaak is de koppeling van theorie naar praktijk of van praktijk naar theorie (pragmatisme) bij mensen met het syndroom van Asperger anders. Dit resulteert ook vaak in (school)loopbanen en *curricula vitae* die buitenstaanders niet altijd direct zouden vermoeden. Zo kan iemand

met het syndroom van Asperger bijvoorbeeld een enorme theoreticus zijn die soms, met complete volzinnen, net als een professor of hoogleraar kan spreken en schrijven, maar qua schoolloopbaan 'slechts' **LTS, ULO** of **(V)MBO** heeft. Of juist andersom: iemand met het syndroom van Asperger die een **universitair** ingenieursdiploma heeft, maar een erg praktische, aanpakkende en concreet ingestelde 'doener' is in plaats van een welbespraakt theoreticus.

Volwassenheid

Algemeen Veel mensen met het aspergersyndroom zullen zich oppervlakkig gezien, net zo ontwikkelen als ieder ander. Pas als nauwkeurig naar zo'n persoon gekeken wordt of als de persoon uitgebreid psychologisch onderzocht wordt, zal blijken dat er iets aan de hand kan zijn. Mede hierdoor krijgen veel mensen met het syndroom van Asperger relatief laat een juiste diagnose. Maar ook komt het voor dat alleen het kennis krijgen van de betekenis van het aspergersyndroom of autisme al genoeg is om te ontdekken dat een persoon het syndroom van Asperger heeft. Een oorzaak voor late onderkenning is de grote onbekendheid van de stoornis in de maatschappij; ook onder medici en andere hulpverleners.

Het komt regelmatig voor dat een persoon met het syndroom van Asperger een zelfdiagnose doet aan de hand van boeken of informatie van internet. Sommige mensen met het aspergersyndroom hebben teleurstellende ervaringen door de blijkbare onkennis en onkunde van psychiatrische en medische hulpverleners. Het kan ook voorkomen dat iemand officieel met het label syndroom van Asperger wordt beplakt, terwijl deze persoon zelf niet of nauwelijks problemen in zijn ontwikkeling heeft ervaren. Hieruit blijkt ook dat het syndroom van Asperger niet altijd een ernstige handicap of stoornis hoeft te betekenen, soms is juist het tegendeel het geval.

Veel mensen met het aspergersyndroom erkennen hun beperkingen en proberen zich er aan aan te passen. Het lukt volwassenen met het syndroom van Asperger dikwijls zelf hun aanpassingsproces te regelen, zonder behandeling of begeleiding. Ze ervaren evenwel vaak dezelfde problemen als veel mensen met autisme. Het verschil is dat mensen met het aspergersyndroom op volle toeren hun - hoge - intelligentie gebruiken om hun aanpassingsproces vorm te geven, in tegenstelling tot lager functionerende autisten die soms levenslang hulpbehoevend en onaangepast blijven, én in tegenstelling tot **neurotypischen** die bij hun aanpassingsproces zowel sociaal-emotionele vaardigheden als intelligentie gebruiken. Een gevolg is dat menig persoon met aspergersyndroom intellectueel verder ontwikkeld is dan de gemiddelde neurotypische persoon.

Mensen met het aspergersyndroom kunnen zeer in hun specifieke interesses opgaan en hier erg bedreven in zijn, terwijl ze altijd moeite blijven houden met eenvoudige

dingen zoals het huishouden. Soms is er zelfs sprake van inertie. De vaat doen vergt dan bijvoorbeeld veel moeite, wat soms de indruk geeft dat iemand met het syndroom van Asperger lui is. Velen maken daarom gebruik van een dagschema dat hun het leven vergemakkelijkt.

Mede door hun 'superieure' aanpassings- en camouflage-technieken, zijn er mensen met het aspergersyndroom die zich niet realiseren dat ze voldoen aan de criteria voor dit syndroom. Door voorlichting en kennisoverdracht wordt deze groep wel steeds kleiner. Er komt geleidelijk aan wat meer begrip, aandacht en respect voor een groep mensen die vroeger vooral werd gezien als 'zonderling', 'niet-sociaal', 'eenzelvig' of 'contactgestoord'.

Wonen De meeste volwassen personen met het syndroom van Asperger zijn in staat om zelfstandig te wonen. Sommigen kiezen voor begeleiding door bijvoorbeeld een gespecialiseerd team van een instelling voor beschermd wonen voor bepaalde externe ondersteuning, zoals interieurverzorging of steun bij de administratie en financiën. De behoefte aan deze woonbegeleiding kan variëren van een half uur per dag tot een uur per week. Anderen kiezen ervoor zo lang mogelijk in het ouderlijk huis te blijven wonen. Dit kan praktische voordelen hebben, bijvoorbeeld op financieel gebied en door persoonlijke ontlasting. Met name het begin van zelfstandig wonen kan met enige spanning gepaard gaan omdat men als het ware nog 'ingewerkt' moet worden in het beheer van een huishouden. Het kan lastig zijn om op eigen initiatief dingen uit te gaan zoeken en te regelen. Daarnaast heeft iemand met het syndroom meer moeite met een nieuwe omgeving en veranderingen in de levenssituatie waardoor soms sterke heimwee kan ontstaan. Nadat men eenmaal een zekere routine heeft opgebouwd stelt de moeilijkheidsgraad vaak niet zoveel meer voor. Routine, herhaling, kennis van zaken hebben en het weten en beheersen van dingen zorgen altijd voor meer rust in het hoofd. Beschermd wonen met 24-uurs begeleiding komt, in tegenstelling tot bij klassieke autisten, bij mensen met het aspergersyndroom niet zoveel voor.

Werk De interesses van hun kindertijd kunnen mensen met het aspergersyndroom mogelijk een betaalde baan opleveren, al blijven de sociale beperkingen een niet te onderschatten drempel tot slagen. Ondanks hun vaak 'geleerde' taalgebruik, grote algemene kennis en normale tot hoge intelligentie ondervinden veel mensen met het aspergersyndroom grote moeilijkheden om een betaalde baan te krijgen en te behouden. Dikwijls rondt men een opleiding met succes af, maar scoort men onvoldoende bij een sollicitatiegesprek of andere geschiktheidsonderzoeken. Of men ervaart, als men een betrekking gevonden heeft, veel misverstanden of pestgedrag op het werk. Ook ontslag zonder dat men goed begrijpt waarom komt nogal eens voor.

Een aantal mensen met het syndroom van Asperger is dan

ook werkloos of werkt onder het niveau, bijvoorbeeld bij of via een beschutte- of sociale werkplaats. Ook werken veel mensen in deeltijd of zijn gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt verklaard.

Sommige beroepen zijn geschikter voor personen met het aspergersyndroom dan andere. Beroepen met meer inhoudelijk gestructureerd werk en minder sociale interactie c.q. contact met klanten of collega's zoals tekenaar, ontwerper, computerprogrammeur, onderzoeker of analist zijn aantrekkelijker dan werk met veel sociale interactie zoals politieagent, verkoper, manager/leidinggevende, verpleegkundige of politicus.

Mensen met het aspergersyndroom neigen vaak naar perfectionisme en stellen hoge eisen aan zichzelf. In werksituaties zijn het vaak gedreven en harde werkers. Men zal niet of weinig kletsen met collega's en zich niet af laten leiden door het (sociale) gebeuren om zich heen. Wanneer het werk vooral veel dezelfde fysieke handelingen of juist veel wisselende handelingen betreft, kan inertie of onhandigheid optreden. Sommige werknemers met het syndroom van Asperger 'trainen' voortdurend zichzelf om zwakke plekken te verbeteren en te verbergen. Dit trainen kost vaak veel tijd en moeite.

Anderzijds zijn er mensen met het syndroom van Asperger die een universitaire titel behalen en een goed betaalde baan hebben. Daar is dan wel vaak veel zelfkennis, aanpassingsvermogen, en een juiste focus op mogelijkheden en onmogelijkheden en aanpassing door de omgeving bij nodig.

Relaties Bij het vinden van een levensgezel ondervinden veel mensen met het syndroom van Asperger moeilijkheden. Anderen raken om tal van redenen buiten hun wil gescheiden. Velen zijn een groot deel van hun leven alleenstaand en het hebben van een relatie is meer uitzondering dan regel. Dat kan een bewuste keuze zijn, maar vaker is men onvrijwillig celibatair. Terwijl er veel moeite voor wordt gedaan, slagen mensen met de stoornis van Asperger er vaak niet in een partner te vinden. Mensen met het aspergersyndroom missen in meer of mindere mate de verfijnde vaardigheden die bij het leggen en onderhouden van relaties nodig zijn. Juist bij mildere vormen van het aspergersyndroom komt de contactstoornis vooral tot uiting op het gebied van (intieme) relaties, liefde is immers niet logisch en analyseerbaar. Ook zijn er nogal eens informatieverwerkingsproblemen bij onder andere intimiteit, seksualiteit en aanrakingen, waardoor de partner teleurgesteld kan raken, miscommunicaties/misvattingen ontstaan, en de partner zelfs kan denken dat de persoon met Asperger misschien niet eens behoefte heeft, terwijl dat wel zo is.

Mensen met het aspergersyndroom hebben vaak het gevoel niet echt te behoren tot de wereld rondom hen. Hierdoor wordt het in Amerika wel gekseherend *Wrong Planet Syndrome* genoemd. Velen leven vooral in hun vrije tijd als *inzelgänger*. Ze hebben zich er noodgedwongen mee

verzoend om voor de rest van hun leven alleen te blijven.

Door het leiden van een vereenzaamd bestaan ervaren mensen dikwijls emotioneel gezien een lagere levenskwaliteit. Dit kan bij sommigen leiden tot moeilijkheden bij de zelfacceptatie, frustratie en **depressie**. De onbekendheid met de stoornis in de maatschappij, de onderschatting en het niet waarnemen van de problematiek zijn belangrijke oorzaken waardoor mensen met deze aandoening zich blijvend onbegrepen voelen en soms ten einde raad kunnen raken. In extreme gevallen kan het komen tot ernstige verwaarlozing of de wens een eind aan het eigen leven te maken.

Anderzijds is er ook een minderheid volwassenen met het syndroom van Asperger die trouwt, kinderen krijgt, en een gelukkig gezinsleven ervaart. Ook hier is veel zelfkennis, ervaring, aanpassingsvermogen, een juiste focus op mogelijkheden en onmogelijkheden en aanpassing door de omgeving bij nodig.

2.11.5 Ondersteuning

Nederland

Er zijn in Nederland diverse instanties waar mensen met een autistische stoornis terecht kunnen voor begeleiding of lotgenotencontact. Naast officiële instanties zoals de GGZ zijn er verenigingen als **Personen uit het Autisme Spectrum (PAS)** die zich richt op normaal begaafde volwassenen (18+) met autisme. Daarnaast is er de **Nederlandse Vereniging voor Autisme** die zich ook richt op ouders met autistische kinderen. De stichting **AutSider** biedt de mogelijkheid online te communiceren met mensen met een autistische stoornis via onder andere een forum en een chatkanaal.

Vlaanderen

In Vlaanderen kan een kind in de lagere school of een middelbare scholier met het aspergersyndroom rekenen op de steun van het **geïntegreerd onderwijs**. Dit houdt in dat er tot twee lessen per week vrijgemaakt worden voor een GOn-begeleider. Daarnaast kan men in het middelbaar onderwijs bijvoorbeeld extra tijd voor een examen krijgen, een examen apart maken en informatie krijgen over relaties aangaan met leeftijdsgenoten. Verder is de zelfhulpgroep **Personen met een Autisme Spectrum Stoornis (PASS)** actief.

2.11.6 Zie ook

- Alexithymie
- Empathie
- Hoogbegaafdheid
- Hoogsensitief persoon

- PDD-NOS
- Preoccupatie
- Savantsyndroom

2.11.7 Externe links

- [Nederlandse Vereniging Autisme](#)
- [Vlaamse Vereniging Autisme](#)

2.11.8 Literatuur

- *Autisme en Asperger-syndroom. De stand van zaken* / Simon Baron Cohen (Uitgeverij Nieuwezijds) (ISBN 978-90-5712-283-5)
- *Het aspergersyndroom. Praktische oplossingen bij sensorische integratieproblemen* / Brenda Myles e.a. (Uitgeverij Pica) (ISBN 978-90-77671-04-7)
- *Een vreemde wereld: over autisme, het syndroom van Asperger en PDD-NOS. Voor ouders, partners, hulpverleners, en de mensen zelf* / Martine F. Delfos (Uitgeverij SWP, 4e druk 2003) (ISBN 90-6665-533-X)
- *Een aspergerrelatie* / Gisela & Christopher Slater-Walker (Uitgeverij Nieuwezijds) (ISBN 90 5712 189 1)
- *De derde boom: Asperger in voor- en tegenspoed* / Martha & Jan Kleingeld (Uitgeverij Pica, 2010) (ISBN 978-90-77671-57-3)
- *Meisjes en vrouwen met Asperger* / Tony Attwood, Temple Grandin e.a. (Pica, 2007) (ISBN 90-77671-22-6)
- *Brein bedriegt: als autisme niet op autisme lijkt* / Peter Vermeulen (EPO & Vlaamse Dienst Autisme, 1999) (ISBN 90-6445-127-3)
- *Het syndroom van Asperger: een gids voor ouders en hulpverleners* / Tony Attwood (Swets & Zeitlinger BV, 2e druk 2001) (ISBN 90-265-1672-X)

2.11.9 Noten

- [1] A Vanishing Diagnosis for Asperger's Syndrome: A Powerful Identity, a Vanishing Diagnosis
- [2] Miller, J.N., & S. Ozonoff (1997), Did Asperger's cases have Asperger Disorder? A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, 38, 247-251
- [3] Asperger Syndrome: Tests of Right Hemisphere Functioning and Interhemispheric Communication

- [4] Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP. Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995 oct;36(7):1127-40.
- [5] Aankondiging boek van prof. Fitzgerald over creativiteit en het aspergersyndroom
- [6] Artikel Jennifer Copley, *Positieve kanten van het syndroom*, 2008

2.12 PDD-NOS

PDD-NOS, voluit *pervasive developmental disorder - not otherwise specified* (Nederlands: *Pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anderszins omschreven*, afgekort **POS-NAO**), is een restgroep voor ontwikkelingsstoornissen, die voldoen aan criteria voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen, maar niet voldoende kenmerken bezitten van een *specifieke* pervasieve ontwikkelingsstoornis. PDD-NOS (ook in het Nederlands taalgebied wordt overwegend deze Engelse afkorting gebruikt) maakt deel uit van het autismespectrum.

Doordat het een 'restgroep' is, zijn de onderlinge verschillen tussen mensen met PDD-NOS extra groot en kunnen verschillende kenmerken op de voorgrond staan. PDD-NOS is geïnclassificeerd en vastgelegd in het handboek **DSM-IV-TR**.

Met de invoering van de **DSM-5** in mei 2013 kwam PDD-NOS als separate diagnose te vervallen; alle ontwikkelingsstoornissen (klassiek autisme, het syndroom van Asperger, atypisch autisme, het syndroom van Rett en desintegratiestoornis van de kindereleeftijd en PDD-NOS) werden samengevoegd tot één categorie: autismespectrumstoornis. In Nederland wordt ook de meervoudig complexe ontwikkelingsstoornis (McDD) hierbij gerekend (McDD staat niet apart beschreven in de DSM).

Omdat de ontwikkelingsstoornissen binnen de categorie PDD-NOS veel van elkaar verschillen en de symptomen van de afzonderlijke aandoeningen in vorm en intensiteit uiteenlopen, zijn er geen aanvullende criteria bepaald om deze stoornissen specifiek te definiëren (wat ook blijkt uit de toevoeging 'niet anders omschreven'). Om te bepalen of de stoornis binnen de categorie PDD-NOS valt, hanteert de DSM-IV de volgende criteria: er is een duidelijke achtergrond of beperking in de sociale interactie; daarbij bestaan er tekortkomingen in de (non-)verbale communicatievaardigheden of is er sprake van stereotiep gedrag en interesse.^[1] In de differentiaaldiagnose moet worden uitgesloten dat er sprake is van een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis. Ook moet, met name bij volwassenen, worden uitgesloten dat de symptomen het gevolg zijn van schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

2.12.1 Kenmerken

PDD-NOS kan zich op verschillende manieren manifesteren, in mate van ernst variërend per individu. Veel mensen met PDD-NOS ondervinden problemen op het gebied van de **sociale vaardigheden**. Zoals bij velen met een stoornis in het autistisch spectrum het geval is, krijgen mensen met PDD-NOS informatie anders binnen en hebben vaak meer tijd nodig om die informatie te verwerken. Het herkennen van emoties aan de gezichtsuitdrukking is een belangrijk hulpmiddel bij de **interactie** tussen mensen, dat nauw samenhangt met het kunnen spiegelen van houdingen, lichaamstaal en gebaren (het imiteren van de lichaamstaal van de gesprekspartner: een doorgaans onbewuste handeling, bedoeld om de ander zich op zijn of haar gemak te stellen, ter bevordering van een geslaagde communicatie). Om in een gesprek te kunnen spiegelen, is een vloeiende motoriek nodig en een goed ontwikkeld evenwichtssysteem. Bij ontbreken daarvan "spreekt iemand een andere lichaamstaal" en snapt hij de lichaamstaal van de ander niet. De "spreker" van de andere lichaamstaal wordt ook veel minder "verstaan". Daardoor kunnen gemakkelijk problemen in de omgang ontstaan. Het gevolg is dat er soms onbegrip en afstand ontstaat tussen iemand met een dergelijke ontwikkelingsstoornis en anderen. Jongeren hebben dan bijvoorbeeld weinig contact met leeftijdsgenoten en gaan meer om met volwassenen.

Personen met PDD-NOS zijn dikwijls sterk op zichzelf gericht. Ook hebben ze vaak een **preoccupatie** of obsessie in specifieke interessegebieden. Orde aanbrengen lukt in het dagelijks leven niet altijd even goed. Hieruit ontstaat de behoefte aan structuur. Een vaste **dagplanning** helpt voorkomen dat men voor moeilijk te verwerken verrassingen komt te staan, want juist **planningsproblemen** leveren vaak **stress** en gevoelens van onveiligheid op.

2.12.2 Oorzaken en gevolgen

De oorzaak van PDD-NOS is niet duidelijk. Men vermoedt dat een stoornis in de ontwikkeling van de hersenen gevolgen heeft voor het verwerken van **informatie**. Aan de voorwaarden voor het verwerken van informatie kan iemand zelf al een en ander verbeteren (oefeningen met betrekking tot evenwicht, motoriek, MRT, auditieve verwerking et cetera). Veel **sociale vaardigheden** en handelingen zijn aan te leren. Dezelfde behandeladviezen over oefeningen gelden ook voor het syndroom van Asperger en hoogfunctionerend autisme.

De stoornis kan zowel bij personen met een laag, als bij mensen met een hoog gemeten IQ voorkomen. Bij allen is er een onbalans in de verhouding tussen de verbale intelligentie en de **performale intelligentie**. De mate waarin men zich sociale vaardigheden kan eigen maken, bepaalt voor een deel hoe iemand met PDD-NOS zich zal ontplooiën.

2.12.3 Raakvlakken met ADHD en ADD

Hyperactiviteit en slechte concentratie wordt bij veel mensen met PDD-NOS waargenomen. In die zin lijkt er een relatief grote overlap met de stoornissen ADHD en ADD te zijn. Belangrijk verschil is dat de concentratieproblemen en het hyperactieve gedrag bij PDD-NOS een andere onderliggende oorzaak hebben dan bij ADHD of ADD. Aan de hand van testen en ander onderzoek kan de juiste diagnose worden gesteld.

2.12.4 Ondersteuning

Er zijn diverse instanties waar mensen met PDD-NOS terecht kunnen voor begeleiding en/of lotgenotencontact. Naast officiële instanties zoals de Riaggs van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn er verenigingen, zoals PAS (Personen uit het Autisme Spectrum) die zich richt op normaal begaafde volwassenen met een stoornis in het autismespectrum en de NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisme) die zich vooral richt op ouders met autistische kinderen (of een vergelijkbare situatie, waarin het eveneens gaat om de opvoeding van een kind, bijvoorbeeld een woongroep).

2.12.5 Opmerking

Een op PDD-NOS lijkende afkorting is *PD-NOS* (persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven). PDD-NOS en PD-NOS zijn echter twee verschillende, niet-gerelateerde begrippen.

2.12.6 Zie ook

- Autisme
- Autistische stoornis

2.12.7 Externe link

- Website Nederlandse Vereniging Autisme over PDD-NOS

2.13 ADHD

ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*), ook wel **aandachtstekort-hyperkinetische stoornis** of **aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis** genoemd, is een aan het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ontleende benaming voor een cluster van symptomen. Kenmerkend zijn impulsief gedrag, concentratieproblemen, rusteloosheid en leermoeilijkheden. De symptomen zijn al aanwezig in de kindertijd en werken veelal belemmerend bij het dagelijks maatschappelijk functioneren.

2.13.1 De geschiedenis van ADHD

De gedragsproblematiek die nu ADHD wordt genoemd is in 1902 voor het eerst beschreven door de Britse kinderarts **George Still**.

In 1937 werkte de arts **Charles Bradley** in een inrichting voor moeilijk hanteerbare jongens. In plaats van deze jongeren door middel van harde tucht te leren hun gedrag aan te passen, besloot hij hun gedrag te beïnvloeden door medicatie voor te schrijven. Hij had al eerder ontdekt dat stimulerende medicatie, zoals die onder andere werd toegepast als middel om af te vallen, een kalmerend effect had op mensen met bepaalde klachten.

In 1947 werd beschreven dat de gedragsproblemen werden veroorzaakt door kleine beschadigingen in de hersenen, *minimal brain damage* (MBD) genoemd. Vanaf 1967 was men toch minder overtuigd van beschadiging en werd de term *minimal brain disfunction* ingevoerd. In de jaren 1970 kwam aan het licht dat ADHD geen typische kinderziekte was die rond de puberteit verdween, maar dat zo'n 60% ook als volwassene last bleef houden van symptomen. Ondanks deze wetenschappelijke feiten bleef de algemene maatschappelijke mening nog lange tijd dat ADHD een opvoedingsprobleem was zonder biologische oorzaak. Ook al omdat men er in de psychoanalyse lang van uitging dat ADHD een neurotische afwijking was die veroorzaakt werd doordat ouders steeds minder tijd en aandacht hadden voor hun kinderen.

2.13.2 Voorkomen

In 2000 werd geschat dat circa 3 tot 5% van de kinderen in de schoolgaande leeftijd ADHD had, in recenter onderzoek wordt een cijfer van 7 tot 8% van de kinderen en 2 tot 5% van de volwassenen genoemd.^[1] Het voorkomen varieert met een aantal risicofactoren, waaronder leeftijd, mannelijk geslacht, chronische gezondheidsproblemen, problemen in de familie, lage sociaal-economische status, aanwezigheid van ontwikkelingsstoornissen en het wonen in een stad. De ziekte komt in alle tot nu toe onderzochte landen voor, in min of meer overeenkomende mate. Verschillen tussen etnische groepen komen voor, maar lijken eerder verband te hebben met sociaal-economische status dan met etniciteit. ADHD wordt in Nederland nauwelijks bij allochtonen gediagnosticeerd of behandeld; maar dit wil niet zeggen dat er onder allochtonen geen ADHD voorkomt.

De stoornis manifesteert zich in principe vroeg in het leven.^[2] Bij jongens wordt de diagnose drie keer zo vaak vastgesteld als bij meisjes.^[2]

In circa twee derde van de gevallen blijft ADHD aanhouden tot de volwassenheid, in circa 15% van de gevallen in oorspronkelijke sterkte, bij een verdere 50% in mindere mate.^[1] Ook in de gevallen waar de symptomen tijdens volwassenheid verdwijnen, functioneert 90% nog

niet goed. Veel gezondheidsprofessionals zijn echter niet op de hoogte van het feit dat ADHD veelvuldig aanhoudt in de volwassenheid.^[1]

Bij volwassenen wordt voor de aandoening soms de naam *adult attention deficit disorder* (AADD) gebruikt.^[2]

2.13.3 Kenmerken en diagnose

ADHD wordt in het diagnostisch handboek **DSM-IV-TR** opgesplitst in vier verschillende types.^[3] Personen met de meest in het oog springende vorm van ADHD zijn beweeglijk, onrustig en minder voorspelbaar in hun motoriek en in hun denken. Ze zijn gevoelig voor prikkels van buitenaf, maar zoeken de prikkels zelf op wanneer die ontbreken.

Het “aandachtstekort” slaat niet op onvoldoende aandacht krijgen. Wel kan iemand met ADHD onvoldoende aandacht schenken aan zijn of haar omgeving doordat het niet goed mogelijk is om de aandacht bij één ding tegelijk te houden (concentratiegebrek). Iemand met ADHD is snel afgeleid.

Hyperactiviteit kan zich uiten door *lichamelijke* onrust, maar ook door *innerlijke* onrust en impulsiviteit. Bij hyperactiviteit kan er ook sprake zijn van overmatige beweeglijkheid. Deze beweeglijkheid is door ADHD'ers vaak moeilijk te onderdrukken. Sommige ADHD'ers lijken zelf weinig tot niet bewust van hun eigen beweeglijkheid tot hen hierop gewezen wordt. De mate en manier van beweeglijkheid is voor elke ADHD'er verschillend. Sommigen maken voornamelijk grote bewegingen met benen of armen, sommigen friemelen meer met de vingers en handen. De beweeglijkheid kan in verschillende situaties ontstaan of verergeren. Over het algemeen zijn dat situaties met stress of een drukke omgeving (een situatie waarin veel prikkels moeten worden verwerkt).

Impulsiviteit betekent dat indrukken worden gevolgd door bijbehorend handelen. De handelingen moeten *direct* plaatsvinden en kunnen niet worden uitgesteld. Handelingen die eenmaal in gang zijn gebracht kunnen niet meer worden gestopt en moeten eerst worden afgemaakt. Afhankelijk van de situatie waarin zich de impulsiviteit voordoet kan deze tot problemen leiden. Er kan vaak minder goed onderscheid worden gemaakt tussen belangrijke en minder belangrijke zaken. Bij taken worden dan verkeerde prioriteiten gelegd.

De combinatie van beweeglijkheid en impulsiviteit zijn kenmerkend voor het drukke gedrag van personen met ADHD.

Bij een overmaat aan van prikkels zoals bijvoorbeeld achtergrondmuziek in winkels, sterke geuren, veel mensen in zijn omgeving, enzovoort, zal een persoon met ADHD zich indien mogelijk liever in een rustige omgeving terugtrekken.

De symptomen zijn het duidelijkst zichtbaar in de vroe-

ge kinderjaren. De diagnose wordt dan ook vaak gesteld wanneer een kind nog op de basisschool zit.

De symptomen veranderen geleidelijk naarmate kinderen volwassen worden. De hyperactiviteit en impulsiviteit worden minder duidelijk zichtbaar en de problematiek verschuift naar meer subtiele symptomen zoals innerlijke onrust, onoplettendheid, gebrek aan organiserend vermogen en vermindering van gedrag m.b.t. uitvoeren de taken.^[1] Mogelijk omdat de volwassene na verloop van tijd beter met zijn/haar beperkingen leert om te gaan en de maatschappij aan volwassenen andere eisen stelt.

Volwassenen met ADHD zijn gebaat bij een vaste structuur in hun werk waarin men optimaal kan functioneren. Men kiest soms onbewust een omgeving waar men minder last ervaart.

Diagnose

Elke arts is bevoegd om de diagnose ADHD te stellen, maar de stoornis wordt doorgaans vastgesteld door een psychiater of psycholoog of door een orthopedagoog met in ieder geval een basisaantekening diagnostiek. Deze zijn hiervoor specifiek opgeleid. Alleen een arts is bevoegd om eventueel medicatie voor te schrijven.

Voor stellen van de diagnose ADHD worden verschillende testen en observaties gebruikt. Er bestaat geen standaardtest. Vanwege het gebrek aan een eenduidige manier van diagnosestelling, is de diagnose vaak willekeurig en tendentius.^[4]

In een Zwitsers onderzoek bleek dat in 75 procent van de gevallen de diagnose ADHD ten onrechte wordt gesteld. Wanneer het om een jongen gaat is de kans op een foute diagnose nog groter. Meisjes met dezelfde symptomen als jongens werden vaker ADHD-vrij verklaard.^[4]

In oktober 2005 sprak het kinderrechtencomité CRC van de Verenigde Naties zijn zorgen uit over overdiagnose van ADHD en het te vaak voorschrijven van psychoactieve middelen. Het comité sprak zich uit voor meer onderzoek naar de diagnose.

Leeftijden van personen bij wie ADHD gediagnosticeerd werd:^[2]

- 1 t/m 5 jaar 5%
- 6 t/m 8 jaar 22%
- 9 t/m 12 jaar 35%
- 13 t/m 18 jaar 22%
- 19+ jaar 16%

Vier verschillende types

ADHD wordt in het diagnostisch handboek **DSM-IV-TR** opgesplitst in vier verschillende types:

- **ADHD-I**, *het overwegend onoplettende type* (ADHD Predominantly Inattentive Type). Dit is het type waarbij vooral sprake is van ernstige en aanhoudende aandachtszwakte (moeite om de aandacht in het hier-en-nu te houden, dromerig type). Dit wordt ook wel het **ADD**-type genoemd. Deze aanduiding wordt echter sinds de publicatie van DSM-IV formeel niet meer gebruikt.
- **ADHD-H**, *het overwegend hyperactieve en impulsieve type*. Hier is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit;
- **ADHD-C**, *het gecombineerde type*. Zowel de problemen van het onoplettende als het hyperactieve type zijn aanwezig. Dit type ADHD komt het meest voor.

In 2013 is hier nog aan toegevoegd:

- **ADHD-NAO**, (ADHD - Niet Anders Omschreven), de *atypische vorm*. De persoon heeft bepaalde kenmerken van ADHD, maar voldoet niet aan de criteria van een van de bovengenoemde types.

Het is niet altijd gemakkelijk om het juiste type te bepalen. De overgangen tussen de verschillende typen verlopen vloeiend. Ook verschillen de combinaties van eigenschappen per individu. Jongens met ADHD kampen vaker met hyperactiviteit, impulsiviteit en gedragsproblemen, terwijl meisjes met ADHD wat vaker van het ADD-type zijn.

De DSM is in feite een turflijst van gedragingen. De DSM doet geen enkele uitspraak over oorzaak van bepaald gedrag of de juiste behandeling van dit gedrag.

2.13.4 Oorzaken van ADHD

De hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek naar ADHD is exponentieel toegenomen sinds de jaren 80 van de vorige eeuw. De huidige ontwikkelingen in de cognitieve neurowetenschappen, en gedrags- en moleculaire genetica hebben bewijs verschaft dat ADHD een complexe neurobiologische stoornis is. Verschillende hersengebieden en verscheidene neurotransmitters zijn betrokken bij ADHD. De rol van de neurotransmitter dopamine heeft behoorlijke aandacht gekregen. En de prefrontale cortex lijkt relevant om ADHD te begrijpen. De prefrontale cortex heeft een hoge behoefte aan dopamine, en speelt een rol in cognitieve functies zoals uitvoerende functies. De prefrontale cortex heeft veel verbindingen met andere gebieden van de hersenen, met inbegrip van het striatum (nucleus caudatus, putamen), kleine hersenen en de pariëtale cortex. Onderzoek heeft aangetoond dat sommige hersengebieden iets kleiner zijn of afgenomen activiteit hebben bij mensen met ADHD.

Genetica

Bij ADHD spelen ook erfelijke elementen een rol. Het komt dan ook regelmatig voor, dat er ook bij een van de ouders sprake is van ADHD, vaak zonder dat ooit de diagnose is gesteld.

Erfelijke invloeden Familiestudies naar ADHD laten consequent zien dat ADHD sterk familiaal van aard is.^[5] De meeste onderzoeken toonden aan dat ouders en nagelacht van kinderen met ADHD, een 2 tot 8 maal verhoogd risico op het ontwikkelen van ADHD hebben.^[5] In controlegroepen van mensen zonder ADHD komt ADHD voor bij 2 tot 5 procent van de eerstegraads familieleden van kinderen, dit percentage stijgt naar 20 procent in de groepen met kinderen met ADHD.^[1] Bij kinderen van volwassenen met ADHD, komt ADHD zeer vaak voor, zo'n 75 procent.^[5]

Omdat men ervan uitgaat dat ADHD een belangrijke genetische component heeft, heeft men tweelingstudies gedaan, die de mate van erfelijkheid onderzochten of de mate waarin de aandoening beïnvloed wordt door genetische factoren. Op basis van 18 studies (die methodologisch en qua definitie van ADHD verschilden) komt men uit op een gemiddelde erfelijkheid van 77 procent.^[5]

Joseph Biederman op wiens onderzoeken de familiale aard van ADHD berust, is geen onomstreden kinderpsychiater. In een uitgelekte powerpoint over een studie naar het medicament Risperidon die hij zou voeren stelde hij dat de studie een gunstig effect zal aantonen. Uit een uitgelekt document bleek dat Biederman 1,6 miljoen dollar had ontvangen als adviseur van farmaceutische bedrijven die psychofarmaca maken.^{[6][7][8][9]}

Moleculair genetisch onderzoek Een groot genom-breed onderzoek suggereert dat op de chromosomale regio's 16p13 en 17p11 waarschijnlijk genen liggen die een risico voor het ontwikkelen van ADHD inhouden.^[5]

Verschillende studies laten een verband zien tussen polymorfismen in het dopamine-transporter gen (DAT) en ADHD. Het gaat hierbij om het 480-basenpaar allel in het DAT-gen en om het 440-basenpaar 3' DAT VNTR-polymorfisme.^[5] De hoeveelheid dopaminetransporter is 70 procent verhoogd bij volwassenen met ADHD. Het gen dat het meest met ADHD in verband wordt gebracht, is het 7-repeat-allel van de dopaminereceptor D4 gen (DRD4).^[5]

Omgevingsfactoren

Er zijn geen aanwijzingen dat ADHD na de geboorte kan ontstaan door omgevingsfactoren.^[5] Wel heeft de omgeving invloed op de ADHD-symptomen. In ongunstige omstandigheden, zoals een prikkelrijke, lawaaiige en stressvolle omgeving, zullen de ADHD-symptomen toe-

nemen. In een rustige en gestructureerde omgeving zullen de symptomen eerder afnemen of wegblijven.^[5]

Rokende moeder Volgens sommige hersenonderzoekers, waaronder Dick Swaab, hebben kinderen een veel grotere kans op ADHD wanneer de moeder tijdens de zwangerschap rookt. Dit hoeft echter niet te betekenen dat er een *oorzaak-gevolgrelatie* bestaat, maar er is een *statistische correlatie* waargenomen.^{[10][11]}

Voedingsadditieven Welke rol de voeding kan spelen bij ADHD is onduidelijk en omstreven. Veel wetenschappelijke onderzoeken zijn niet onafhankelijk of slecht opgezet.^[5]

Naar de invloed van *voedingsadditieven* is veel onderzoek gedaan. Voedingsadditieven veroorzaken geen ADHD. Wel is bewezen dat zij de gevolgen van ADHD kunnen versterken. Een groot onderzoek opgezet onderzoek uit 2007 toonde aan dat kunstmatige kleurstoffen in voeding een toename van hyperactiviteit kunnen veroorzaken. Het gaat dan met name om *azokleurstoffen* en *chinolinegeel* (E104).^[12] Dit onderzoek naar de invloed van kleurstoffen in voeding heeft aanwijzingen gegeven voor een verband tussen enkele *genetische polymorfismes* die verband houden met een verminderde afbraak van *histamine*, de gevoeligheid voor de onderzochte kunstmatige kleurstoffen en de toename van hyperactiviteit.^[13]

Neurobiologie

Op het gebied van de *neurobiologie* is er over ADHD nog weinig bekend. Verstoringen in de *dopaminerge* en *noradrenerge*-systemen in de hersenen worden als basis-symptomen van ADHD beschouwd. Ondanks de soms tegenstrijdige uitkomsten van studies, tekent zich toch een beeld af van afwijkingen in de functie van de *frontale kwab* en afwijkende verbindingen tussen de *frontale kwab* en belangrijke subcorticale gebieden. Het is niet duidelijk of de *prefrontale* afwijkingen een frontale of subcorticale oorsprong hebben. Daarom gebruikt men in verband met ADHD ook wel de *neuropsychologische* term *fronto-subcorticale aandoening*. Dat wil zeggen een gedrags- of cognitieve stoornis die een frontale oorzaak lijkt te hebben, maar door subcorticale uitlopers wordt beïnvloed.^[5]

Hersenscans laten diverse veranderingen in structuur en functie van de hersenen van ADHD-patiënten zien. De meest gerepliceerde afwijkingen zijn kleinere afmetingen van onderdelen van de *frontale cortex*, *cerebellum* en subcorticale gebieden, waardoor de hersenen in totaal 3 tot 5 procent kleiner zijn. Belangrijk is ook een 10 jaar durende studie die aantoonde dat de gebruikelijke ADHD-medicatie geen negatieve invloed heeft op de hersenen. De zenuwbanen vertonen dezelfde groeicurves bij

ADHD'ers als bij neuro-normale controlegroepen, alleen ligt bij de ADHD'ers deze curve wat lager, maar loopt wel parallel.^[5]

Hersenfunctiestudies laten, net als de scans, zien dat subcorticale gebieden als de (*nucleus caudatus*, het *putamen* en de *globus pallidus*) een rol spelen. Ze geven terugkoppeling aan de cortex, waardoor ons gedrag wordt gereguleerd. Bij ADHD zijn er afwijkingen in deze gebieden en (dus) in het gedrag.^[5]

De fronto-subcorticale systemen zijn rijk aan *catecholamines*. Stimulantia zoals *methyلفenidaat* (Ritalin) verminderen de symptomen van ADHD door remming van de dopamine-transporter en blokkade van de heropname van dopamine en noradrenaline terug in het *presynaptische neuron*, waardoor de beschikbare hoeveelheid van deze stoffen buiten de neuronen groter wordt. Een model voor de effectiviteit van deze middelen bij ADHD: via de dopaminerge en noradrenerge systemen wordt de remmende invloed van de frontale cortex op de subcorticale gebieden groter. Dit heeft invloed op gedrag in nieuwe, onbekende situaties, plannen van taken, beslissingen nemen, remmen van gedrag (*impulsbeheersing*) en gevoeligheid voor plezierige ervaringen.^[14]

2.13.5 Bijkomende problematiek

ADHD bij kinderen gaat vaak gepaard met meerdere psychiatrische stoornissen zoals *stemmingswisselingen*, *angst* en *disruptive gedragsstoornissen*.

Onderzoek heeft aangetoond dat 25-35% van de kinderen met ADHD aan een *angststoornis* lijdt, zoals *agorafobie*, *paniekstoornis*, *obsessieve-compulsieve stoornis* of *gegeneraliseerde angststoornis*.^[2] Naar schatting twee derde van de ADHD-kinderen lijdt ook aan een *oppositieel-opstandige gedragsstoornis*.^[2] 25-50% van adolescenten met ADHD heeft symptomen van een *oppositieel of antisociale persoonlijkheidsstoornis* ontwikkeld.^[2]

Ongeveer de helft van de ADHD-kinderen heeft aanzienlijke problemen in hun sociale relaties. Het gedrag van mensen met ADHD wordt door de omgeving in meer of mindere mate ervaren en omschreven als storender, dominant, opdringeriger, lawaaiiger en soms agressiever dan normaal. Als gevolg daarvan kunnen mensen met ADHD in een situatie geraken dat zij sociaal worden uitgesloten. Ook voor de ouders betekent een kind met als diagnose ADHD een extra belasting, die kan leiden tot extra stress en spanningen binnen relaties en in het gezin. Wanneer ook nog één of beide ouders ADHD heeft, is de last voor het gezin erg groot. Van belang is, of in dat geval ook bij de ouder de ADHD reeds is vastgesteld.

Meer dan 30% van de kinderen met ADHD blijft een jaar op school zitten en circa 56% heeft extra begeleiding nodig. Ongeveer de helft van de ADHD-kinderen heeft ook

een leerstoornis.^[2]

ADHD bij volwassenen wordt geassocieerd met andere aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, angst en verslavingsproblematiek. Niet minder dan 20-30% van de personen met ADHD lijdt aan een depressieve stoornis met slechte prognose, waaronder misbruik van middelen en zelfmoord.^[2] In een Nederlands onderzoek uit 2001 onder 141 volwassenen met ADHD die daarvoor bij een psychiater onder behandeling waren, bleek dat circa vier van de vijf patiënten last had van een of meer bijkomende stoornissen.^[15] Het ging daarbij met name om angststoornissen, depressie, verslavingsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen.^[15] Uit een ander onderzoek onder 105 volwassenen met ADHD uit 2006 kwam naar voren dat ADHD een negatieve invloed had op een groot aantal terreinen, zowel lichamelijk en psychisch als sociaal en economisch. De kwaliteit van leven werd lager ervaren dan gemiddeld.^[16] Werkloosheid, criminaliteit en misbruik van genotmiddelen kan het gevolg zijn.

Er is echter lang niet altijd het sprake van bijkomende problematiek. Sommige gegevens suggereren dat ongecompliceerde ADHD bestaat in ongeveer 20 tot 25% van volwassenen met ADHD. Bepaalde eigenschappen die ADHD met zich meebrengt, kunnen juist ook positieve effecten hebben. Mensen met ADHD kijken anders naar vanzelfsprekende zaken en soms interpreteren ze deze op een niet direct voor de hand liggende manier, wat nuttig kan blijken in de praktijk (out of the box-denken)

ADHD in combinatie met dyspraxie wordt ook wel het DAMP-syndroom genoemd.

Vermoeidheid

Ongeveer driekwart van de volwassen personen met ADHD heeft last van vermoeidheid. Zij hebben het gevoel dat alles wat ze doen hun meer moeite en energie kost. Dit kan nog eens verergeren doordat 30% van de patiënten last heeft van slaapproblemen.^{[15][16][17][18]} Ze gaan vaak laat naar bed, hebben veel moeite met inslapen, slapen beweeglijk en onrustig en zijn na een nacht slapen niet uitgerust. Daardoor bouwen ze slaapschuld op.

ADHD en autismspectrumstoornissen

Uit onderzoek is gebleken dat er een overlap bestaat tussen de autismspectrumstoornis (ASS) en ADHD. Zo zijn er in meerdere wetenschappelijke onderzoeken qua gedrag (cognitieve processen) overeenkomsten gevonden, maar ook in beeldvormend onderzoek (hersenscans) is naar voren gekomen dat er beperkingen zijn in dezelfde hersengebieden. Ook komen beide stoornissen vaker samen voor dan op grond van toeval zou kunnen worden aangenomen. Dit wil niet zeggen dat ADHD en een autismspectrumstoornis een en dezelfde stoornis zijn. Ouders die zowel een kind met ADHD als een kind met ASS hebben, kunnen duidelijke verschillen aangeven.^{[19][20]}

2.13.6 Behandeling

Met behulp van medicijnen kunnen de symptomen vaak flink worden verminderd. Dit heeft een positieve invloed op het sociaal functioneren. Medicijnen kunnen ook de niet-medicinale behandelingen ondersteunen. De behandeling van ADHD bestaat uit een op het individu afgestemd behandelprogramma, dat vaak medicatie en psychologische, educatieve, sociale en voedingsinterventies omvat. Het is voor de effectiviteit belangrijk dat de persoon met ADHD en zijn of haar ouders/partner, andere familieleden en leerkrachten/schoolleiding actief bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan betrokken worden. Lotgenotencontact kan hierbij ook van positieve invloed zijn.

Medicatie



Enkele verkrijgbare merken methylfenidaat

Psychofarmacologische medicatie die de catecholaminerge en alfa-2-adrenerge signaaloverdracht beïnvloeden blijven prominent aanwezig in de behandeling van ADHD. Na 2010 is er meer aandacht gekomen voor voorschrijfpatronen, het afstemmen van medicatie op patiëntkenmerken en factoren die de therapietrouw bevorderen bij kinderen en jongvolwassenen.

Geregistreerde medicatie voor AD(H)D zijn uitsluitend methylfenidaat en atomoxetine. In bepaalde gevallen worden ook wel 'tricyclische antidepressiva' (imipramine, nortriptyline) voorgeschreven. Bij comorbide stoornissen worden ook wel antidepressiva of (in lichte dosering) antipsychotica. Deze laatste twee toepassingen zijn echter niet-geregistreerd gebruik.

Het stimulant methylfenidaat wordt al het langst toegepast en is beschikbaar in twee vormen: een kortwerkende vorm en een langwerkende. De kortwerkende vorm is verkrijgbaar als tablet onder de originele merknaam *Ritalin* (in Nederland), *Rilatine* (in België) of onder de generieke naam methylfenidaat hydrochloride. De langwerkende vorm is verkrijgbaar van de merken *Concerta*, *Equasym*, *Medikinet* en in België *Rilatine MR*. Een alternatief voor methylfenidaat is dexamfetamine.

Sinds april 2005 is een medicijn beschikbaar dat een andere werkzame stof (atomoxetine) heeft: *Strattera*.

Niet-medicinale behandelingen

Naast de klassieke medicinale behandelingen zijn er intussen veel niet-medicinale behandelingen. Sommige hiervan zijn gefundeerd op wetenschappelijk onderzoek.^[21] Gedragstherapie is geen behandeling van eerste keuze voor de behandeling van kinderen met ongecompliceerde ADHD.^[22]

Neurofeedback Neurofeedback is een training waarbij de hersenen een signaal terugkrijgen bij positieve veranderingen in de hersenactiviteit.^[23] In verreweg de meeste gevallen is toepassing van neurofeedback bij ADHD gebaseerd op het (Q)EEG-scanbeeld van een AD(H)D'er. De hersengolven worden voor de patiënt zichtbaar weergegeven via een computerscherm. Zolang de deelnemer erin slaagt zijn hersenactiviteit binnen het gewenste traject te houden, wordt er een signaal (auditief, visueel of beide) teruggekoppeld.^[24] Ook kan een beloning worden gegeven via het verkrijgen van punten bij de gewenste hersenactiviteit.

Voor behandeling van ADHD zijn verschillende neurofeedback behandelingsprotocollen ontwikkeld. Het meest gebruikte protocol is gericht op vermeerdering van bèta-golven (15-18 Hz) en remming van (thèta-golven (4-7 Hz) in de hersenen. Dergelijke hersenactiviteit gaat gepaard met een aandachtige, maar ontspannen gemoedstoestand.^{[23][25]}

Een andere veelgebruikte trainingsvorm bij ADHD is het trainen van SCP (*Slow Cortical Potentials*, langzame corticale potentialen). Dit soort training is meer direct gericht op de beheersing van de corticale regulering, waarvan wordt verondersteld dat deze geremd is bij ADHD.^[25]

Onderzoek naar de toepassing van neurofeedback bij de behandeling van ADHD is beperkt en vaak van slechte kwaliteit.^[26] Hoewel er diverse klinische studies zijn uitgevoerd die wijzen op een positief effect (verminderde hyperactiviteit en verhoogde academische en sociale vaardigheden^[23]) van neurofeedbackbehandeling bij kinderen met ADHD.^[25] Niettemin wordt in de studies die methodologisch beter zijn opgezet een minder sterk effect of geen effect waargenomen.^{[26][27]}

Ook worden wel protocollen gebruikt die SMR-golven (2-15 Hz) en daarmee de sensomotorische activiteit verbeteren (lage bèta activiteit) evenals protocollen die alfa hersenactiviteit (alpha/Thèta-golven (8-11 Hz / 4-7 Hz) verbeteren.^[23]

Echter, andere studies vonden alleen verbeteringen in de aandacht, en twee studies met grote onderzochte groepen konden geen significante verbeteringen vaststellen bij de belangrijkste ADHD-symptomen. Neurofeedback wordt bediscussieerd als een effectieve behandeling van ADHD

als enkelvoudige behandeling of gegeven in combinatie met medicatie. Een studie kon geen significante behandelingsreacties tussen Ritalin en neurofeedback vinden.^[23]

In 2009 is in samenwerking met onderzoekers van de Universiteit van Tübingen (Duitsland), de Radboud Universiteit Nijmegen, Brainclinics en het EEG Resource Instituut een meta-analyse uitgevoerd.^[28] Uit deze analyse bleek dat neurofeedbackbehandeling een grote en klinisch relevante verbetering gaf op impulsiviteit en aandachtsproblemen en een redelijke verbetering op hyperactiviteit. Ondersteuning van deze conclusies kwam van een tweetal met randomisatie en adequate controlegroepen werkende studies uit 2009.^{[25][29]}

Neurofeedback wordt sinds tien jaar in Nederland toegepast voor de behandeling van ADHD. Door het ontbreken van grote en gecontroleerde studies is het gebruik van neurofeedback behandelingen in de medische praktijk beperkt gebleven. Vele prospectieve studies hebben ofwel medicatie of wachtlijsten als de controlegroepen. Slechts enkele studies werden gerandomiseerd en gecontroleerd opgezet zoals dat volgens de gouden standaard gewenst is.^[23]

Pedagogische benadering Kinderen met ADHD vragen om een specifieke pedagogische benadering.^[30] Handvatten daarbij kunnen zijn:

- Structuur in de dag en tijd. Dit kan door gebruik te maken van dagritmekaarten en twee klokken. De ene klok geeft de tijd aan, de andere klok wordt gezet op de tijd waarop een activiteit afloopt of begint
- Regelmaat
- Voorbereiden op veranderingen
- Aanleren om eerst te stoppen, dan te denken en tenslotte te handelen
- Ontladingsmomenten om energie te laten wegvloeien
- Belonen en complimenteren
- Benoemen van gewenst gedrag
- Taken waarbij verantwoording gedragen wordt en waarbij de energie gebruikt wordt.
- Hulp bij het beginnen met een taak
- Uitdaging bieden
- Hulp bij het plannen van dagen of taken
- Informatie aanbieden in zijn context.

Motiverende omstandigheden kunnen volgens onderzoek een positieve uitwerking hebben op het volhouden van aandacht en het geheugen. Anders dan kinderen zonder

ADHD, bleken kinderen met ADHD afhankelijk te zijn van sterk motiverende omstandigheden om tot een optimale prestatie te komen.^[31]

Een grootschalig literatuuronderzoek^[32] van de Rijksuniversiteit Groningen uit 2015 wijst uit dat klasseninterventie met name in het primair onderwijs kan helpen om het gedrag van een kind met ADHD te verbeteren. Hierbij worden drie soorten interventies, die allemaal effectief zijn, onderscheiden:

- de eerste interventie, de *antecedent-gebaseerde interventie*, past de omgeving waarin geleerd wordt aan. Voorbeelden zijn de plaats van het kind in de klas, samenwerkend leren of instructie met behulp van de computer.
- een tweede interventie is de *consequent-gebaseerde interventie*. Dit betekent dat gewenst gedrag beloond wordt door bijvoorbeeld complimenten te geven of het kind te prijzen. Vaak is het ook nodig om ongewenst gedrag te corrigeren met terechtwijzingen of door punten af te trekken.
- *zelfregulatie* is de derde interventie. Daarbij leert de leerling manieren om het eigen gedrag en taakpak zelf te regelen. Zo wordt bijvoorbeeld geleerd hoe je een opdracht in stapjes kunnen opdelen (zelf-instructie) en om zelf te beoordelen hoe goed er is gewerkt bij een taak (zelfmonitoring).

De tweede en derde interventie blijken het sterkste effect te hebben. Deze interventies blijken het effectiefst in reguliere klassen en zijn niet alleen in het belang van het kind met ADHD, maar ook in het belang van de gehele klas.

Psycho-educatie Medicijnen onderdrukken de symptomen van ADHD maar verhelpen ze niet. De eigenschappen van ADHD kennen en ermee leren omgaan kan door middel van psycho-educatie. Hiervoor biedt men in de geestelijke gezondheidszorg trainingen aan. Zo kan onder andere in groepsverband onder leiding van gespecialiseerde therapeuten ingegaan op de stoornis, dit kan een combinatie zijn van voorlichting en lotgenotencontact. Op deze manier krijgt de patiënt de kans zijn ADHD een plaats in zijn leven te geven door een begin te maken met de verwerking en acceptatie van zijn stoornis.

Eliminatiedieet Er zijn verscheidene diëten voor AD(H)D'ers. Zo wordt bijvoorbeeld een suikervrij dieet aangeraden. Ook andere diëten zijn onderzocht op hun effect op AD(H)D'ers. Met name eliminatie (en later identificatie) van potentieel allergene stoffen in de voeding via een eliminatiedieet lijkt een veelbelovende methode.^{[33][34]}

In een Nederlands onderzoek uit 2002 onder veertig ADHD-kinderen bleek wel het twee weken lang weglaten

van alle bekende voedselallergenen uit de voeding (door middel van een eliminatiedieet) bij meer dan 60% van de ADHD-patiënten tot een duidelijke vermindering van de klachten te leiden (verbetering van minstens 50%).^[33]

Bij een eliminatiedieet moeten de potentieel kritische voedingsmiddelen daarna stapsgewijs weer in het dieet worden geïntroduceerd, waarbij in de gaten wordt gehouden hoe het kind op een pas geïntroduceerd voedingsmiddel reageert. Dit om de voedingsmiddelen waarop het kind reageert te kunnen identificeren.

In 2011 bleek uit dubbelblind onderzoek uitgevoerd aan de Radboud Universiteit Nijmegen en gepubliceerd in het medische vakblad The Lancet, dat bij een onderzoeksgroep van kinderen met ADHD een dergelijk eliminatiedieet in driekwart van de gevallen een duidelijk aantoonbare gunstige invloed had op het gedrag. Na provocatie met de voedingsmiddelen waarvoor overgevoeligheid bestond keerden de symptomen weer terug.^[34]

Alternatieve behandelingen

Natuurproducten Vanwege hun concentratiebevorderende eigenschappen^[35] worden visolie, omega 3 (DHD/EPA), ginkgo biloba of lecithine (onder andere van soja, noten, enzovoorts) gebruikt. Ze worden aangewend als alternatief voor medicinale behandeling of bij wijze van aanvulling hierop. Er zijn onderzoeken die aangeven dat visolie een gunstige werking heeft bij ADHD.^[36] Ook zijn er zijn aanwijzingen dat ijzertekort een rol speelt bij de intensiteit van de symptomen. Aanvulling van ijzer blijkt het effect van medicatie te kunnen verbeteren, waardoor lagere doseringen mogelijk zijn.^[37] Fosfatidylserine, dat in voeding zit, schijnt een gunstige invloed te kunnen hebben op ADHD.^[38]

Coaching Begeleiding in de vorm van coaching wordt als behandeling bij ADHD sinds 2006 toegepast in Nederland. Veel behandelingen van ADHD focussen op de belemmeringen waar een cliënt in zijn dagelijks bestaan mee te maken heeft. Bij coaching wordt op een bepaalde manier gekeken naar de stoornis en hoe daarmee om te gaan. Daarbij wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt. Door op een andere manier te kijken naar ADHD kan de cliënt leren wat de mogelijkheden zijn waarmee hij of zij kan functioneren op een manier die bij hem of haar past. Coaching kan worden ingezet als alternatief voor medicinale behandeling of als aanvulling daarop.^[39]

Ontspanningsoefeningen Ook kinderen en volwassenen met ADHD kunnen baat hebben bij het dagelijks toepassen van ontspanningsoefeningen. Transcendente meditatie claimt een specifiek effect van deze techniek, maar de meningen hierover zijn verdeeld.

2.13.7 Controverse

ADHD is een omstrede stoornis omdat de symptomen in meer of mindere mate bij de meeste mensen voorkomen, de mate waarin het gedrag normaal functioneren belemmert afhankelijk is van wat in een samenleving als normaal wordt verondersteld en omdat er voor de symptomen geen eenduidige oorzaak aan te wijzen is.^[40] De term ADHD is niet duidelijk gedefinieerd.^[2] Het is goed mogelijk dat ADHD het uiteinde vertegenwoordigt van een normaal continuüm van persoonlijkheidskarakteristieken op het gebied van aandacht, prikkelgevoeligheid en motoriek. Ook het grootschalige gebruik van medicatie voor ADHD bij kinderen en de wereldwijde verspreiding van diagnose en behandeling dragen bij aan de publieke discussie over ADHD.^[41]

2.13.8 Zie ook

- Aandachtstekortstoornis
- Gedragsstoornis
- Medicatie bij ADHD

2.14 Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Een **oppositieel-opstandige gedragsstoornis** is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. De aandoening wordt ook aangeduid met de Engels afkorting **ODD** (Oppositional Defiant Disorder).

Kinderen met deze aandoening zijn ongehoorzaam, zijn driftig, houden zich vaak niet aan de regels en hebben meerdere problemen in de sociale omgang, vooral met volwassenen, maar soms ook met leeftijdsgenoten. De aandoening is te vergelijken met de anti-sociale gedragsstoornis, maar hoewel het kind ook opstandig en eigengereid is, zijn de symptomen over het algemeen iets milder van aard.

Regelmatig is er sprake van **comorbiditeit**, dat wil zeggen dat de aandoening samengaat met andere ziektebeelden, bijvoorbeeld ADHD, autisme of een reactieve hechtingsstoornis, waardoor de diagnose niet eenvoudig te maken is. Zo overlappen bijvoorbeeld de symptomen van een oppositieel-opstandige gedragsstoornis en ADHD. Bij ODD ligt de nadruk echter meer op agressiviteit en bij ADHD op impulsiviteit.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de oppositieel-opstandige gedragsstoornis:

- Er bestaat gedurende minimaal zes maanden een patroon van negatief, agressief en opstandig gedrag. In

deze periode moet voldaan zijn aan vier of meer van de volgende criteria. Het kind

1. heeft vaak driftbuien
2. spreekt vaak volwassenen tegen
3. weigert vaak aan verzoeken of regels van volwassenen te voldoen
4. irriteert vaak met opzet andere mensen
5. legt de schuld van fouten en ongepast gedrag vaak bij anderen
6. is vaak lichtgeraakt of snel geïrriteerd door anderen
7. is vaak kwaad of verongelijkt
8. is vaak haatdragend of wraakzuchtig

Nota bene: Aan dit criterium is alleen voldaan als het gedrag zich vaker voordoet dan normaal bij leeftijdsgenoten en kinderen in dezelfde fase van ontwikkeling.

- De gedragsstoornis veroorzaakt duidelijk lijden in de sociale omgang, op school en (op latere leeftijd) op het werk.
- De aandoening treedt niet uitsluitend op als onderdeel van een psychotische stoornis of stemmingsstoornis.
- Er is niet voldaan aan de criteria voor een anti-sociale gedragsstoornis of (als de persoon achtien jaar of ouder is) aan de criteria voor de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis.

2.14.1 Zie ook

- Dyslexie
- ADD
- ADHD
- DSM IV

2.14.2 Externe link

- ODD informatie bij het Trimbos-instituut
- De Landelijke Oudervereniging Balans over ODD

2.15 Antisociale gedragsstoornis

Een **antisociale gedragsstoornis** is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. De aandoening wordt ook wel aangeduid met de Engels afkorting **CD** (Conduct Disorder). De gedragsstoornis komt voor bij ongeveer 2% van de kinderen voor, verhouding jongens, meisjes is 4 op 1. CD kan zich uiten in de kindertijd, maar ook in de adolescentie.

Kinderen met deze aandoening vertonen gedrag dat door hun omgeving als niet-acceptabel wordt beschouwd. Ze zijn bijvoorbeeld **agressief** (vechten, stelen, liegen, mishandeling, aanranding) of vertonen **delinquent** gedrag (stelen, brandstichten, vernielzucht, inbraak). Sommige kinderen zijn erg op zichzelf gericht en trekken niet veel met leeftijdsgenoten op. Andere kinderen zijn wel actief in groepsverband, maar vertonen daarin **narcistisch** gedrag: ze vinden dat voor hen andere regels gelden en hun contacten zijn erop gericht om er persoonlijk voordeel uit te putten. Verder hebben ze moeite hun relaties op de juiste manier in te schatten en hebben een verminderd inlevingsvermogen.

De oorzaak van de aandoening is niet altijd duidelijk, maar vaak bestaan er problemen tussen het kind en de ouders of geven de ouders het verkeerde voorbeeld. Ook is er vaak sprake van een lagere intelligentie en mindere prestaties op school.

De **oppositieel-opstandige gedragsstoornis** wordt gezien als een lichtere variant van de antisociale gedragsstoornis.

Een antisociale gedragsstoornis komt vaak voor in combinatie met of als gevolg van andere ziektebeelden, bijvoorbeeld **ADHD**, een **reactieve hechtingsstoornis** of een aandoening in het **autistisch spectrum**.

2.16 Pica (gedrag)

De medische term **pica** staat voor de **zucht** naar het consumeren van niet-eetbare dingen, zoals **aarde**, haar, steentjes, munten of verfschilfers die van houtwerk worden gepeuterd. Ook het eten van grote hoeveelheden onbewerkt, ongekookt of rauw voedsel wordt als pica gezien, bijvoorbeeld rauwe eieren, rauwe aardappelen, ijs, ongekookte rijst, meel, zout, suiker enz. De patiënten vertonen geen afkeer van gewoon voedsel.

2.16.1 Etymologie

De naam *pica* komt van de Latijnse naam van de ekster (*Pica pica*), een vogel die ook bijna alles eet.

2.16.2 Oorzaken

Een eenduidige oorzaak voor pica is nog niet aangetoond. Een **hypothese** stelt dat dit vaker voorkomt bij ijzeranemie (*ferriprievae anemie*). Het eten van bepaalde ijzerrijke grondsoorten zou dan gebeuren in functie van lichamelijke behoeften.

Een verhoogd risico voor pica wordt geassocieerd met armoede, verwaarlozing, gebrek aan ouderlijk gezag en een vertraagde ontwikkeling. In een ontwikkelingsfase, bij jonge kinderen bekend als de **orale fase**, is het normaal om allerlei dingen in de mond te stoppen. Ook bij vele vormen van mentale retardatie ziet men dit gedrag.

Binnen sommige Afrikaanse volkeren bestaat verder een culterele traditie een bepaald soort klei te eten. Men vermoedt dat deze klei eventuele schadelijke alkaloiden uit hun voedsel kan inkapselen en afvoeren, als een soort chelatietherapie.

2.16.3 Voorkomen

Pica komt waarschijnlijk onder alle lagen van de bevolking en alle leeftijden voor. (Kleine) kinderen, zwangere vrouwen en personen die lijden aan een mentale retardatie zijn hoogstwaarschijnlijk extra gevoelig voor pica. Er wordt eveneens vermoed dat pica in ontwikkelingslanden vaker voorkomt dan in ontwikkelde landen. Cultuur en vooral ook ondervoeding zouden hier een rol spelen. Hieronder volgt een aantal schattingen voor specifieke groepen:

- 8,1 % bij zwangere Afro-Amerikaanse vrouwen;
- 8,6 % bij zwangere Saoedische vrouwen;
- Respectievelijk 21,8 % en 25,8 % bij twee groepen bewoners van verzorgingstehuizen voor personen met een mentale retardatie;
- Respectievelijk 63,7 % en 74 % bij twee Afrikaanse populaties.

Ook dieren, met name honden, kunnen pica vertonen.

2.16.4 Voorbeelden

De volgende voorbeelden van pica zijn geconstateerd. Sommige soorten zijn relatief onschuldig, maar andere brengen grote gezondheidsrisico's met zich mee.

- het consumeren van **zetmeel** (*amylofagie*)
- het consumeren van **ontlasting** (*coprofagie*) of urine (*urofagie*)
- het consumeren van **aarde**, zand, klei of kalk (*geofagie*)

- het consumeren van glas (hylofagie)
- het consumeren van slijm (mucofagie)
- het consumeren van sneeuw of ijs (pagofagie)
- het consumeren van haar of wol (trichofagie, Rapunzelsyndroom)
- het consumeren van hout of papier (xylofagie)
- het consumeren van metaal

Peuters eten vaker verfschilders en haar of wol; oudere kinderen vaker zand, uitwerpselen van dieren, insecten of bladeren. Pubers en volwassenen eten vaker aarde en klei.

Voorbeelden die de media haalden waren een Franse man die in 2002 geopereerd moest worden omdat hij 5,5 kilo munten had gegeten over een periode van tien jaar en een Chinees meisje dat in 2008 enige mediabelangstelling verwierf omdat ze grote hoeveelheden fijn zand at.

2.16.5 Gezondheidsrisico's

Pica kan een relatief onschuldig karakter hebben wanneer het kleine hoeveelheden betreft van zaken die door het lichaam onverteerd worden uitgescheiden. Problemen kunnen echter ontstaan wanneer de ingeslikte zaken vergiften of ziekteverwekkers bevatten, of tot obstructie of beschadiging van de darmen leiden. Voorbeelden van risico's geassocieerd met specifieke zaken zijn:

- Haar, wol en metalen voorwerpen kunnen zich in de maag of darmen ophopen en daardoor tot obstructie leiden. Bij de Fransman uit eerder genoemd voorbeeld leidde de ophoping van munten in de maag tot buikpijn en niet meer kunnen eten door obstructie van de maag, waarbij de maag bovendien tot op de heupen was gezakt door het grote gewicht van de munten. Ondanks de operatie overleed hij aan de complicaties. Het consumeren van haar of wol leidt vaak tot een trichobezoar, een haarbal in de maag.
- Het eten van uitwerpselen kan tot infecties leiden. Dit geldt ook voor de consumptie van met uitwerpselen of micro-organismen besmette grondsoorten, rauw voedsel, en planten.
- Het eten van verfschilders kan bij gebruik van loodhoudende verf tot loodvergiftiging leiden. Sinds verven in Nederland geen lood meer mogen bevatten, leidt pica bij kinderen nauwelijks meer tot loodvergiftiging en staat dit gedragsprobleem minder vaak in de schijnwerpers. Ook grondsoorten kunnen besmet zijn met zware metalen en andere vergiften.
- Een batterij of een knoopcel kan in het lichaam gaan lekken zodat de giftige inhoud (zware metalen en geconcentreerd zwavelzuur) vrijkomen.
- Het eten van een magneet en een stuk staal of twee magneten kan leiden tot verwondingen aan de darm, als deze elkaar aantrekken in twee verschillende delen van de darm. Het kwetsbare darmslijmvlies dat tussen de elkaar aantrekkende voorwerpen in de knel zit kan dan scheuren.
- Het eten van insecten, planten en bladeren kan leiden tot vergiftiging als deze planten of insecten giftig zijn. Bovendien geldt ook hier dat deze zaken besmet kunnen zijn met micro-organismen waardoor ze infecties kunnen veroorzaken.
- Geconsumeerd glas en andere zaken met scherpe kanten (vorken, messen, spijkers) kunnen de maag- en darmwand beschadigen of zelfs perforeren.
- Het consumeren van sneeuw en ijs veroorzaakt diarree.

Naast de gezondheidsrisico's loopt de patiënt het risico in een sociaal isolement terecht te komen door het door de omgeving als abnormaal bestempelde gedrag.

2.16.6 Behandeling

Pica is meestal ongewenst en moet dan behandeld worden. Picapatiënten worden meestal gescreend om te achterhalen wat de oorzaak is en deze fysiek of mentaal is. In principe richt men zich erop om primair te proberen de achterliggende oorzaak weg te nemen en secundair het abnormale eetgedrag te bestrijden.

In het eerste geval is de oorzaak meestal ondervoeding of een gebrek aan ijzer of een ander metaal. Wanneer men dan deze problemen verhelpt door middel van voedingssupplementen, verdwijnt vaak ook het picagedrag. Als men er zeker van is dat het gedrag geen fysieke, maar een mentale oorzaak heeft, is met medicatie succes geboekt. Men dient er overigens op bedacht te zijn dat zelfs wanneer de oorzaak van pica is weggenomen of onderdrukt, de gewoonte tot het gedrag nog steeds bestaat. Met andere woorden, iemand kan zelfs na een voedings-supplement doorgaan met het eten van zand uit gewoonte, omdat hij het immers al jaren doet.

Het eetgedrag zelf kan daarnaast nog bestreden worden. Medicatie kan de drang tot het abnormale eetgedrag verminderen. Gedragstherapie kan eveneens uitkomst bieden. Deze kan bestaan uit het afleiden van de patiënt zodat hij niet uit verveling in zijn oude gewoonte terugvalt, bestraffen van het gedrag en belonen van het nalaten daarvan, het weghouden van de patiënt van de voorwerpen die geconsumeerd worden of aversithherapie. In zeer extreme gevallen, wanneer andere mogelijkheden zijn uitgeput, is het nodig een patiënt in zijn bewegingsvrijheid te beperken om te voorkomen dat hij het gedrag vertoont. Ethische discussies over menswaardige behandeling komen dan om de hoek kijken.

2.17 Ruminatiestoornis

Ruminatiestoornis is een eetstoornis waarbij de patiënt regelmatig voedsel uit de maag opbrengt en herkauwt zonder dat er sprake is van misselijkheid. Aangezien de aandoening zich voornamelijk bij (jonge) kinderen voor doet, is deze ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. De naam is afkomstig van het Latijnse *ruminare*, herkauwen.

Soms wordt het gedeeltelijk al verteerde voedsel uitgespuugd, maar in andere gevallen weer ingeslikt. De aandoening kan leiden tot ondervoeding en gewichtsverlies, dehydratie en groei problemen. In ernstige gevallen kan de dood het gevolg zijn.

Voor diagnose is vereist dat dit gedrag zich minimaal een maand lang herhaalt na een periode van normaal eetgedrag. Er moet worden uitgesloten dat het gedrag het gevolg is van een aandoening van het maag-darmstelsel of een aandoening als oesofageale reflux.

De symptomen kunnen zich ook voordoen bij anorexia nervosa of boulimia nervosa. Ook worden ze gezien bij mentale retardatie en sommige pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

2.17.1 Classificatie

- ICD-10: F98.2
- DSM-IV: 307.53

2.18 Ticstoornis

Een **ticstoornis** is een neurologische of psychische aandoening die het optreden van tics als belangrijkste kenmerk hebben. Dit zijn spontane, reflexachtige bewegingen of vocale uitingen.

In het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders zijn ticstoornissen ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. Het handboek onderscheidt de volgende ticstoornissen:

- Chronische motorische of vocale ticstoornis
- Syndroom van Gilles de la Tourette
- Ticstoornis niet anderszins omschreven (restgroep)

Het ICD-10 beschrijft ook de *passagère ticstoornis*, waarbij de tics minder dan een jaar aanwezig zijn.

2.19 Syndroom van Gilles de la Tourette

Het **syndroom van Gilles de la Tourette** (GTS) is een verzameling verschijnselen die zich manifesteert als ongecontroleerde spierbewegingen en het maken van geluiden (tics). Het syndroom is vernoemd naar de Franse neuroloog Georges Gilles de la Tourette (1857-1904). Mensen die hieraan lijden, hebben een onbedwingbare drang bepaalde bewegingen te maken of bepaalde geluiden of woorden te uiten.

Zulke ongewilde en in de omgang veelal in meerdere of mindere mate storende bewegingen en geluiden worden 'tics' genoemd. Wanneer er regelmatig minstens twee motorische tics en één vocale tic (niet noodzakelijk tegelijkertijd) optreden en dit binnen een observatieperiode van minstens één jaar, dan spreekt men van het syndroom van Gilles de la Tourette. Men kan gedurende dit jaar ook ticvrije periodes hebben, die tot drie maanden kunnen duren.

2.19.1 Kenmerken

De diagnose 'syndroom van Gilles de la Tourette' wordt gesteld als:

1. regelmatig minstens twee motorische en eventueel één vocale tic aanwezig zijn;
2. de tics langer dan een jaar aanhouden;
3. andere neurologische oorzaken zijn uitgesloten.

De verschijnselen openbaren zich meestal tussen het 4de en 15de levensjaar. De verschijnselen kunnen na de puberteit verminderen, maar niet bij iedereen. De volgende tics kunnen al dan niet in combinatie met elkaar voorkomen:

- **Bewegingstics**, ook wel motorische tics genoemd:
 - knipperen met de ogen
 - een grimas trekken
 - wegdraaien van de ogen
 - optrekken van de neus
 - snel schudden met het hoofd
 - schouders optrekken
 - knakken van de vingers of andere ledematen en daar geen controle over hebben (dit is lucht tussen het kraakbeen dat zich verplaatst door de beweging). Dit kan soms echt een 'tic' zijn, maar ook een vorm van dwang zoals beneden in dit artikel genoemd wordt.
 - diverse tics in ledematen

Dit zijn voorbeelden, maar als motorische tic is bijna alles mogelijk.

- **Geluidstics**, ook wel vocale tics genoemd:
 - keel schrapen
 - kuchen
 - grommen
 - knorren
 - sisgeluiden
 - klakken met de tong
 - uiten van zinloze kreten
 - uiten van scheld- en schuttingwoorden, vloeken (coprolalie)
 - herhalen van woorden of zinnen (echolalie of palilalie)

Dit zijn ook voorbeelden, maar als vocale tic is ook heel veel mogelijk.

De bewegingstics kunnen elk lichaamsdeel treffen en de geluidstics kunnen variëren van keel schrapen en snuiven tot het ongewild luidkeels roepen van woorden en zinnen. De eerste verschijnselen van het syndroom manifesteren zich meestal rond de leeftijd van zes tot zeven jaar, soms ook later, maar in principe voor het 21e levensjaar. Voordien waren er vaak al diffuse klachten van overbeweeglijkheid en aandachtsstoornissen. Meestal ziet men aanvankelijk enkel motorische tics zoals oogknipperen, grimassen, hoofdschudden. Een of twee jaar later hoort men de eerste geluiden zoals keel schrapen, grom- of snuifgeluiden. Nog later treden vaak dwanggedachten en -handelingen op. Soms manifesteren de symptomen zich in een andere volgorde of allemaal tegelijk.

Het syndroom van Gilles de la Tourette wordt ten onrechte vaak gebruikt als synoniem voor coprolalie. Deze tic bestaat uit het uiten van schuttingtaal en is wellicht de meest bekende, maar zeker niet de meest voorkomende tic bij mensen die lijden aan het syndroom. Coprolalie is eerder zeldzaam en komt maar bij 5-10% van de patiënten voor.

Men kan dezelfde tics behouden of steeds nieuwe krijgen die ook nog eens van dag tot dag kunnen wisselen in intensiteit. Er zijn echter geen twee mensen met het syndroom van Gilles de la Tourette hetzelfde, iedereen heeft zijn persoonlijke tics.

Mensen met het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) vangen vaak veel meer prikkels uit de omgeving op dan mensen zonder GTS, te vergelijken met hoog-sensitieve mensen. Het verwerken van deze extra prikkels gebeurt vaak door middel van tics. Mensen met GTS zijn vaak gevoelige mensen die niet van verandering houden en minder tics hebben indien hun levenssituatie stabiel is.

Ook kunnen mensen in de omgeving ervoor zorgen dat de tics verergeren, door om de tics te lachen of opmerkingen erover te maken. Dit verhoogt het aantal prikkels en

kan de betreffende persoon nerveus en onzeker maken. Soms nemen mensen met tics ook andere tics over van mensen, vooral mensen met dwangstoornissen, bijvoorbeeld op een bijeenkomst van mensen met het syndroom van Gilles de la Tourette. Hierdoor krijgen mensen met het syndroom van Gilles De La Tourette meer prikkels en worden de tics erger. Als mensen niet op de tics letten, kunnen de tics verminderen.^[1]

2.19.2 Geschiedenis

De eerste systematische beschrijvingen van het syndroom van Gilles de la Tourette zijn van de hand van Georges Gilles de la Tourette. Deze neuroloog en leerling van Jean-Martin Charcot werkte in een tijd waarin hysteric volop in de aandacht stond. Reeds in 1884 werd hij geboeid door de verschijnselen van “springende Fransen in Maine”^[2], de schokkerige bewegingen en spraakstoornissen bij latah in Maleisië en het verschijnsel miryachit in Siberië. Hij schreef er een artikel over, zocht en vond andere voorbeelden. Hij beschreef de casus van de markiezin van Dampierre, 60 jaar eerder beschreven door Jean Itard. Deze adellijke dame kon tijdens gesprekken plots beginnen vloeken.^[3] Deze beschrijving vulde hij aan met twee andere casussen uit de recentere literatuur en zes eigen casussen. Volgens Charcot pasten de symptomen (motorische tics en coprolalie) niet bij hysteric. Het ging volgens hem om een afzonderlijke neurologische aandoening, die hij *la maladie des tics de Gilles de la Tourette* noemde. Charcot kreeg hierop zeer veel negatieve reacties van collega’s, die het toch als een variant van hysteric of de Chorea van Sydenham zagen.

De eerste helft van de 20e eeuw was een periode dat, naast neurologische benaderingen, vooral psychoanalytische interpretaties populair waren. Sándor Ferenczi maakte uitgebreide interpretaties en publiceerde zijn visie op behandeling ervan zonder ooit een patiënt met het syndroom te hebben gezien.^[4] Ook Margaret Mahler publiceerde verschillende psychoanalytische artikelen over tics. Zij beschouwde ze als een fixatie in de orale fase van kinderen en een laatste verdediging tegen psychose.^[5] Ze moest echter erkennen dat veel patiënten therapieresistent zijn.

Arthur Shapiro, een Amerikaans psychiater, reageerde tegen de psychoanalytische opvattingen en beschouwde *de ziekte van Gilles de la Tourette*, zoals hij ze noemde, als een neurologische aandoening. Hij toonde aan dat Haloperidol een werkzaam medicament kan zijn tegen de ziekte.^[6]

Begin jaren 70 spreekt men over het *syndroom van Gilles de la Tourette* en later gewoon over het *tourettesyndroom*. Hierdoor ging men vooral in Amerika denken dat “Gilles” de voornaam van Georges Gilles de la Tourette was.

In tegenstelling tot bijna de hele rest van de wereld, bleef in Frankrijk de psychoanalytische opvattingen over het syndroom tot de jaren 90 de overheersende visie. Recent is ook dit niet meer het geval.

2.19.3 Prevalentie

Het syndroom komt voor bij ongeveer 1 op de 100 personen en komt 4 keer vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Vroegere studies gaven een lagere prevalentie. Meer recent varieert de geschatte prevalentie tussen 0.4% en 3.8% bij jongeren tussen 5 en 18 jaar, met een globale schatting van 1%.^[7]

2.19.4 Externe links

- Nederlandse Stichting Gilles de la Tourette
- Iktic VZW - Belgische infosite van en voor ervaringsdeskundigen over Gilles de la Tourette
- Vlaamse vereniging Gilles de la Tourette (momenteel non-actief)
- Nederlands informatieplatform over Gilles de la Tourette

2.20 Separatieangst

Separatieangst, separatieangststoornis of verlatingsangst is een psychische aandoening die zich bij kinderen kan ontwikkelen, maar ook jongvolwassenen en volwassenen kunnen er aan lijden. In het DSM-V is de aandoening ingedeeld bij de angststoornissen.

2.20.1 Kinderen

Kinderen in de leeftijd van achttien maanden tot drie jaar ervaren meestal angst of spanning als hun ouders de kamer verlaten. Vaak zijn kinderen bang voor verlaten als ze voor het eerst naar school gaan. Normaal gesproken verdwijnt deze angst snel als hun aandacht wordt verlegd of als ze hun omgeving gaan verkennen. Vanaf de leeftijd van vier hebben kinderen meestal geleerd om enige tijd alleen te zijn.

Als de angst of spanning echter niet op een normale manier verdwijnt, kan er sprake zijn van separatieangst. Het kind is dan overmatig gespannen of angstig als de ouders er niet zijn of heeft erg veel heimwee in een onbekende omgeving. Soms projecteren kinderen hun spanning en maken zich zorgen om het welzijn van hun ouders of verzorgers.

2.20.2 Volwassenen

Er is lang aangenomen dat separatieangst alleen voorkomt bij kinderen tot het 18e levensjaar. Uit onderzoek is duidelijk geworden dat de stoornis ook bij volwassenen voorkomt. Hier uit het zich onder andere in excessieve vrees om alleen te zijn, maar ook in bijvoorbeeld angst om

van huis te gaan, of angst om naar werk of school te gaan. Mensen met een separatieangststoornis hebben voortdurende excessieve angst om belangrijke hechtingspersonen te verliezen. De stoornis kan op relationeel vlak voor veel problemen zorgen, doordat angstige gevoelens ten opzichte van belangrijke hechtingspersonen kunnen leiden tot claimend gedrag, waarmee uiteindelijk juist meer afstand wordt bereikt. Soms komt separatieangst voor als een symptoom van bredere ziektebeelden, bijvoorbeeld bij de **borderline-persoonlijkheidsstoornis**. Sinds de komst van de DSM-V kan de diagnose ook officieel bij volwassenen worden gesteld.

2.20.3 Politiek

In de Belgische politieke context medio 2008 komt het begrip *verlatingsangst* regelmatig naar boven. Men doelt hiermee op de angst van de inwoners van het Waals Gewest bij een eventuele autonomie van het Vlaams Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

2.21 Reactieve hechtingsstoornis

Reactieve hechtingsstoornis, soms afgekort als **RHS**, is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. De aandoening ontwikkelt zich in de eerste vijf levensjaren. Het DSM-IV onderscheidt het geremde (waakzaam, terughoudend) en het ontremde type (gebrek aan onderscheid). In het ICD-10 is het ontremde type afzonderlijk beschreven (F94.2).

2.21.1 Verschijnselen

Kinderen die aan deze stoornis lijden, slagen er niet in om zich op een gepaste wijze emotioneel te hechten aan hun ouders of anderen die voor hen zorgen. De oorzaak kan liggen in verwaarlozing (affectief, emotioneel of onthouden van fysieke basisbehoeften) of mishandeling (geestelijk of lichamelijk), maar kan ook ontstaan als het kind onvoldoende gelegenheid krijgt om emotionele banden te vormen, bijvoorbeeld als het regelmatig andere verzorgers krijgt.

Emotioneel zijn de relaties korter en oppervlakkiger dan normaal. Het kind gedraagt zich overdreven waakzaam, weigert toenadering van verzorgers, verzet zich tegen troosten en spelen en kan sociaal geïsoleerd raken. Het kind voelt zich steeds afgewezen en niet gewenst, reageert vaak onvoorspelbaar en gedraagt zich tegenstrijdig; het kind kent een aanhoudende toestand van stress en hulpeloosheid en zal als reactie hierop ernstig verstoorde emoties en gedragingen laten zien. (geremd type)

Op wat oudere leeftijd maakt het kind vaak weinig onderscheid tussen vertrouwde en onbekende personen. Het vertoont aanklampend gedrag en gaat erg vrij en over-

vriendelijk om met volwassenen. Meestal staat het kind bekend als 'allemandvriendje', omdat het geen normale affectie kent en grenzeloos is in het aangaan van relaties en vriendschappen. Het kind vraagt veel aandacht en stelt zich afhankelijk op. Soms treedt er een overmatig sterke binding op, ook bij relatief onbekenden. Het kind is verminderd gevoelig voor straf of pogingen om het gedrag te corrigeren. (ontremde type).

Gedragsskenmerken

Gedragsskenmerken- en problemen die worden beschreven zijn o.a.^[1]:

- Ongenuanceerde affectie jegens vreemden
- Weigeren om affectie te tonen naar familieleden
- Stelen, liegen zonder reden, wreedheid jegens dieren
- Vernieling van eigendommen
- Ongepast seksueel gedrag
- Gebrek aan berouw en sociopathisch gedrag (Wilson, 2001)
- Vermijden van oogcontact

2.21.2 DSM-IV criteria

a) In de meeste situaties opmerkelijk verstoorde en niet aan de ontwikkeling aangepaste sociale relatievormen, optredend voor het vijfde jaar en duidelijk zichtbaar in:

- een voortdurend mislukken om op een aan de leeftijd aangepaste wijze sociale interacties te stellen of erop te antwoorden, zoals duidelijk door overdreven ontremde/overalerte of erg ambivalente en tegenstrijdige reacties;
- een gebrek aan duidelijke bindingen, wat blijkt uit een onvermogen om in sociale relaties een onderscheid des persoons te maken, met een duidelijk onvermogen om op die verschillende personen passend te reageren.

b) De stoornis mag niet te wijten zijn aan een algemene ontwikkelingsstoornis zoals een mentale handicap, of een symptoom zijn van een pervasieve ontwikkelingsstoornis zoals het autisme.

c) Er moeten sporen zijn van een vroegkinderlijke verwaarlozing:

- voortdurende veronachtzaming van emotionele basisbehoeften (koestering, troost, aanmoediging van het kleine kind);

- verwaarlozing van de fysieke basisbehoeften (verzorging, voeding);
- herhaaldelijke wisseling van basisverzorgers, waardoor geen stabiele hechtingen mogelijk waren.

d) Men mag veronderstellen dat de verwaarlozing onder punt c verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag, dat ook volgde op die verwaarlozing.

Reactieve hechtingsstoornis moet zeker niet verward worden met een "hechtingsstoornis" of onveilige hechting. De reactieve hechtingsstoornis is een klinisch te diagnosticeren psychische aandoening in tegenstelling tot een hechtingsstoornis en onveilige hechting, wat psychologische koepeltermen betreft.

2.21.3 Beloop

De ernst en duur van de aandoening is afhankelijk van een aantal factoren, maar over het algemeen treedt een sterke verbetering op als het kind in een veilige en verzorgende omgeving wordt ondergebracht. De reactieve hechtingsstoornis heeft een relatief hoge comorbiditeit. Zo kunnen groei-, leer- en eetstoornissen (bijvoorbeeld pica of ruminatiestoornis) ontstaan.

Het kind van het geremde type heeft een grotere kans op depressies, eenzaamheid en verslavingen. Het kind van het ontremde type is gemakkelijk te beïnvloeden en neigt daardoor naar criminele activiteiten en contacten. Als gevolg van bijkomende leerproblemen zakt het kind soms naar de laagste onderwijsvormen. Ook kunnen er angst- of gedragsstoornissen optreden.

Oudere kinderen of jongeren met een reactieve hechtingsstoornis blijven vaak neigen naar een overmatige familiariteit bij soms zelfs wildvreemden en slagen ook dan niet in het aangaan van gezonde emotionele relaties met als gevolg een gevoel van gemis of deprivatie. In geval van groeistoornissen treedt soms een versnelde rijping, een te vroege of late - maar korte groeisput - en een (te) vroege of late intredende puberteit op. In sommige gevallen treedt de puberteit niet op.^[2]

2.21.4 Risicofactoren en ernst

Reactieve hechtingsstoornis is een ernstige stoornis waarbij het gehechtheidsgedrag ernstig verstoord blijft, ondanks dat het kind in een veilige omgeving geplaatst wordt en er geen sprake is meer is van reactieve hechtingsstoornis - zie beloop -. Reactieve hechtingsstoornis wordt vooral gezien bij:

- kinderen uit de pleegzorg of kinderen uit een weeshuis;
- (soms oudere) adoptiekinderen waarvan de voorgeschiedenis niet bekend is;

- kinderen die (van jongs af aan) slachtoffer waren van een of meerdere vormen van kindermishandeling;
- kinderen met een problematische zwangerschap (couveuse, zuurstofgebrek);
- kinderen van ouders met psychische- of verslavingsproblematiek.

De ernst van de stoornis is afhankelijk van een aantal factoren, onder andere:

- de duur van de kindermishandeling;
- de leeftijd waarop het begon en waarop het stopt;
- de kwaliteit van een vervangend hechtingsfiguur;
- het karakter van het kind en de steun van de omgeving;
- indien couveuse, de mate waarin de ouder(s) betrokken blijft.

2.21.5 Zie ook

- Hechting (psychologie)
- Hechtingsstoornistheorie

2.21.6 Externe link

- Reactieve hechtingsstoornissen, hechtingsstoornis.com

2.22 Selectief mutisme

Selectief mutisme is een zeldzame psychische aandoening die bij kinderen optreedt. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen. Kinderen met deze aandoening zijn wel in staat te spreken en begrijpen de taal goed, maar spreken niet in bepaalde sociale situaties, terwijl dat wel wordt verwacht. Op andere gebieden functioneren de kinderen in principe normaal.

Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een kind in de peuterspeelzaal of op school lange perioden niet spreekt, terwijl het zich thuis verbaal wel normaal gedraagt. De zwijgzaamheid kan ook optreden als er vreemden in de buurt zijn.

2.22.1 Kenmerken

Selectief mutisme wordt gezien als een zelfstandig verschijnsel en niet als een vorm van communicatiestoornis. De meeste kinderen met selectief mutisme communiceren non-verbaal namelijk wel (gelaatsuitdrukkingen, gebaren enzovoort). Bij diagnose moet worden uitgesloten

dat de aandoening een symptoom is van een andere aandoening, zoals een pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

Een kind met selectief mutisme vertoont meestal de volgende kenmerken:

- Het kind spreekt in bepaalde vertrouwde situaties wel, terwijl het spreken in de meeste vreemde situaties (bijna) volledig ontbreekt.
- Een terughoudend temperament.
- Het kind is heel erg afhankelijk van de ouders (dit moet niet per se als oorzaak worden gezien, het kan net zo goed gevolg zijn door het onvermogen tot spreken in bepaalde situaties).
- Het niet spreken duurt minimaal een maand.
- Het wordt niet veroorzaakt door een gebrek aan kennis van de taal en er is geen sprake van een spraakstoornis zoals stotteren.

2.22.2 Oorzaken

Er zijn een aantal mogelijke oorzaken van selectief mutisme:

- Een angst voor sociale situaties
- Een trauma, waardoor het kind stopt met praten

2.22.3 Sociale angst

De sociale angst is de meest voorkomende oorzaak, selectief mutisme als gevolg van een trauma komt heel weinig voor. Kinderen die aan sociale angst lijden zijn daardoor erg afhankelijk van de moeder en zijn vaak bang om van haar gescheiden te worden.

2.23 Stereotiepe-bewegingsstoornis

Stereotiepe-bewegingsstoornis is een psychische aandoening die is ingedeeld bij de ontwikkelingsstoornissen, maar zich ook op latere leeftijd kan voordoen. Bij deze aandoening vertoont iemand herhaalde en niet-functionele (vaak ritmische) bewegingen die kunnen leiden tot verwonding of die het normaal functioneren hinderen.

Veelvoorkomende verschijnselen zijn spelen of zwaaien met de handen, schommelende bewegingen, gooien met voorwerpen, met het hoofd op een hard oppervlak slaan, zichzelf slaan of bijten.

Er zijn indicaties dat slaan met het hoofd vaker bij jongens/mannen voorkomt en zich zelf bijten meer bij meisjes/vrouwen.

Als er sprake is van **mentale retardatie**, moeten de symptomen sterker zijn dan normaal. Verder moet worden uitgesloten dat het gedrag een gevolg is van dwanggedrag (OCS), een ticstoornis, een **pervasieve ontwikkelingsstoornis** of **trichotillomanie** (haren trekken). Ook moet bij diagnose worden uitgesloten dat het gebruik van middelen (geneesmiddelen, drugs) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld) tot de symptomen leidt.

Hoofdstuk 3

cognitieve stoornissen

3.1 Delier

Een **delier** (Latijn: *delirium*) is een psycho-organische stoornis.

De oorzaak is lichamelijk (het disfunctioneren van de hersenen), maar de verschijnselen zijn psychisch. Deze uiten zich door verwarring, cognitieve problemen of aandachtsstoornissen. De symptomen ontwikkelen zich in een korte periode en fluctueren in sterkte. Naast aandachts- en concentratieproblemen kunnen ook geheugenverlies, waanideeën en hallucinaties optreden.

Een delier komt vaker voor bij ouderen. Ook mensen met dementie zijn gevoeliger voor het ontwikkelen van een delier. Een delier kan veroorzaakt worden door een lichamelijke aandoening zoals een infectie, bijwerkingen van bepaalde medicijnen of ontwenningverschijnselen (van alcohol of drugs). Een voorbeeld van het laatste is het *delirium tremens*, maar ook bij overmatig alcoholgebruik kan een delier ontstaan (alcoholdelier). Verder kan een delier zich voordoen na een operatie (post-operatief delier) of tijdens de terminale fase van ziekten als kanker en aids en het delier dat zich voor kan doen bij zeer hoge koorts, als **ijlen (koortsdelier)**.

Het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) geeft de volgende diagnostische criteria voor een delirium:

- een verminderd vermogen om de aandacht op externe prikkels gericht te houden en de aandacht te verleggen naar nieuwe externe prikkels, dus een van de twee volgende criteria:
1. vragen moeten worden herhaald, omdat de aandacht verdwijnt
 2. herhaald antwoorden op eerdere vragen
- gedesorganiseerd denken
 - verwarring die zich ontwikkelt gedurende een korte periode
 - fluctuerend niveau van verwarring
 - minimaal twee van de volgende criteria:

1. verminderd bewustzijnsniveau
2. perceptuele verstoringen
3. verstoring van het slaap-waakritme
4. toegenomen of afgenomen psychomotorische activiteit
5. desoriëntatie met betrekking tot tijd, plaats of persoon
6. geheugenproblemen

- een van de volgende criteria:

1. bewijs dat een organische factor de oorzaak van de verwarring is of deze in stand houdt
2. de verwarring kan niet worden verklaard door een niet-organische psychische aandoening

3.1.1 Delirium in stripverhaal

De Franse striptekenaar Jacques Tardi tekende Het ware verhaal van de onbekende soldaat, een nachtmerrieachtig stripverhaal over de laatste minuten van een stervende soldaat in de loopgraven. Pas op de laatste pagina wordt duidelijk dat het verhaal een delirium is. Dit verhaal maakte hij, op het einde na, door te improviseren om hiermee het van de hak op de tak-karakter van een droom na te bootsen.

3.1.2 Externe links

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Richtlijn Delier Volwassenen

NHG richtlijn delier

3.2 Dementie

Dementie (zie onder voor de uitspraak) is een verzamelnaam voor aandoeningen die gekenmerkt

worden door combinaties van meervoudige stoornissen in **verstandelijke vermogens** (waaronder het geheugen), stemming en gedrag. Dementie komt voor bij klinische **syndromen** die door verschillende hersenziekten worden veroorzaakt.

De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, lokalisatie en ernst van de afwijkingen in de hersenen.^[1]

3.2.1 Symptomen en kenmerken

Bij dementie worden de symptomen onderverdeeld in eerste en tweede orde symptomen.

Symptomen van de eerste orde

Deze benaming wordt gebruikt voor de symptomen die zich meestal als eerste bij alle vormen van dementie openbaren:

- geheugenstoornissen
- desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
- ten minste een van de volgende vijf aandoeningen: afasie, agnosie, apraxie of een stoornis in de executieve functies of de aandacht.

Symptomen van de tweede orde

Deze benaming wordt gebruikt voor de overige symptomen die zich kunnen voordoen:

- persevereren (continu hetzelfde herhalen in praten of bewegen)
- confabuleren (fantasieverhalen om de 'lege' plekken op te vullen)
- verzamelzucht
- achterdocht
- decorumverlies (normvervaging)
- stemmingsstoornissen
- hallucinaties
- denkstoornissen
- gedragsstoornissen
- persoonlijkheidsveranderingen
- verwijzingen naar het verleden (nostalgisch gevoel opwekken)

3.2.2 Dementie en leeftijd

Dementie openbaart zich vooral op latere leeftijd. Naarmate mensen ouder worden, neemt dus ook de kans toe dat ze met een bepaalde vorm van dementie te maken krijgen. Aangezien het percentage ouderen in de bevolking van westerse landen toeneemt, krijgen steeds meer mensen met deze aandoening te maken. Omdat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen, komt bij hen dementie ook vaker voor dan bij mannen. Te verwachten is dat als gevolg van de **vergrijzing** de prevalentie van dementie in de komende 20 jaar met 45% zal toenemen.

Uit recente statistische gegevens ontleend aan bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten blijkt ten slotte dat hoogopgeleide mannen en vrouwen niet alleen ouder worden, maar gemiddeld ook op latere leeftijd dement worden dan laagopgeleiden. Dit komt doordat de hersenen van hoger opgeleiden actiever zijn en bijgevolg het afsterven van hersencellen wordt afgeremd.

In april 2012 leggen wetenschappers een verband tussen vroege dementie en een ongezonde leefstijl.^[2]

3.2.3 Voórkomen

In België zijn ruim 150.000 patiënten. Afhankelijk van de leeftijd kan de aandoening vastgesteld worden bij:

- vanaf 50 jaar: 2,3%
- vanaf 65 jaar: 5% ernstige dementie, 15% lichte dementie
- vanaf 80 jaar: 25% van de mensen.

In Nederland wordt op basis van bevolkingsonderzoek geschat dat er 179.000 patiënten met dementie zijn, 52.700 mannen en 126.400 vrouwen, waarvan een deel thuis en een deel in een verpleeghuis woont; dat wil zeggen 6,7 per 1.000 mannen en 15,7 per 1.000 vrouwen. Het aantal personen met dementie neemt sterk toe met de leeftijd; tot wel 30-35% van de 85-plussers.^[3]

3.2.4 Vormen van dementie

- **Ziekte van Alzheimer:** meest voorkomend (65% van de mensen met dementie) vroeger (pre)seniele dementie of dementia (prae)senilis genoemd;
- **Vasculaire dementie:** veroorzaakt door een of meer CVA's en/of beschadigingen aan de witte stof;
- **Lewy-body-dementie** en *Parkinson-disease-dementia (PDD)*. Bij de ziekte van Parkinson worden "Lewy bodies", insluitsels van eiwitafbraakproducten, aangetroffen in de cellen van de substantia nigra; bij deze twee vormen van

dementie worden ze ook in de hersenschors gevonden. Bij *Lewy body-dementie* treedt dementie al in het begin van het ziekteproces op; van *Parkinson-disease-dementia (PDD)* 'spreekt men als dementieverschijnselen pas in het verloop van de ziekte van Parkinson optreden.

- **Chorea van Huntington**
- **Frontotemporale dementie:** aantasting van de frontale en temporale gebieden in de hersenen, vaak gepaard gaand met ontremming in gedrag. Meest bekende vorm is ziekte van Pick.
- **Normal Pressure Hydrocephalus:** waarbij de aanmaak en afvoer van hersenvocht uit evenwicht zijn geraakt.
- **Semantische dementie:** patiënten begrijpen de betekenis van woorden niet meer, kunnen daardoor geen gesprekken meer volgen en verarmen steeds meer in hun woordenschat. De context waarin iets gezegd wordt, ontgaat hen.

3.2.5 Oorzaken van dementie

Oorzaken van dementie zijn: alcohol, syfilis, trauma capitis (*lett: letsel aan het hoofd*), een tumor, encefalitis, aids, ziekte van Creutzfeldt-Jakob enzovoort.

Een exacte diagnose is pas na de dood te stellen na sectie. Met behulp van beeldvormend medisch onderzoek kan de diagnose in combinatie met neuropsychologisch onderzoek "waarschijnlijk" dementie gesteld worden. Zonder beeldvormend medisch onderzoek kan het type dementie slechts als "mogelijk" bestempeld worden. Bij het vaststellen van dementie, wordt dikwijls een combinatie van oorzaken gevonden, bijvoorbeeld mengbeelden van vasculaire dementie en de ziekte van Alzheimer, of Lewy body-dementie met ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie.

Van *secundaire dementie* wordt meestal gesproken, als er een omkeerbare achteruitgang van de verstandelijke vermogens is door een behandelbare oorzaak, zoals onjuist gebruik van slaapmiddelen of andere geneesmiddelen; slecht ingestelde suikerziekte; te langzaam werkende schildklier; vitaminegebrek, bijvoorbeeld tekort aan de vitamines B1; B6 of B12; bloeding onder het schedeldak; uitdroging enzovoorts.

Met *pseudo-dementie* wordt meestal bedoeld dat het verminderde verstandelijke functioneren het gevolg is van een psychisch of psychiatrisch probleem, zoals een depressie.

Hoge bloedsuikerspiegels zijn direct gerelateerd aan het risico op dementie.^[4]

3.2.6 Behandeling

- Allereerst dienen behandelbare oorzaken opgespoord of uitgesloten te worden.
- Er is nog geen middel beschikbaar dat Lewy Body-dementie kan afremmen.
- Er zijn geneesmiddelen (o.a. donepezil, rivastigmine en galantamine) die gebruikt worden bij de behandeling van lichte en gemiddelde geheugenstoornissen van het alzheimerstype.
- De cholinesteraseremmers, zoals donepezil, rivastigmine en galantamine zijn aanvankelijk geïntroduceerd om het cognitieve functioneren bij de ziekte van Alzheimer te verbeteren. De verwardheid, desoriëntatie en hallucinaties van Lewy Body-dementie reageren goed op behandeling met deze middelen.^[5]
- Het leervermogen van mensen met dementie is niet volledig verdwenen en kan door familieleden en verzorgers worden gestimuleerd. Theorie en praktijk zijn beschreven in (*Opnieuw geleerd, oud gedaan* (2011)

3.2.7 Hulp van lotgenoten

België

De Vlaamse Alzheimer Liga is pluralistisch en niet gebonden aan andere organisaties. Ze heeft samenwerkingsverbanden met andere zelfhulpgroepen en organisaties. De Liga ondersteunt de uitwisseling van kennis over en ervaring met de ziekte van Alzheimer aan de hand van familiegroepen en doet ook aan mediavorlichting.

Nederland

Alzheimer Nederland is de organisatie voor mensen met dementie en hun naasten. Deze stichting geeft informatie & hulp en biedt online en offline lotgenotencontact. Daarnaast is de stichting belangenbehartiger en financiert wetenschappelijk onderzoek.

3.2.8 Uitspraak dementie of dementie?

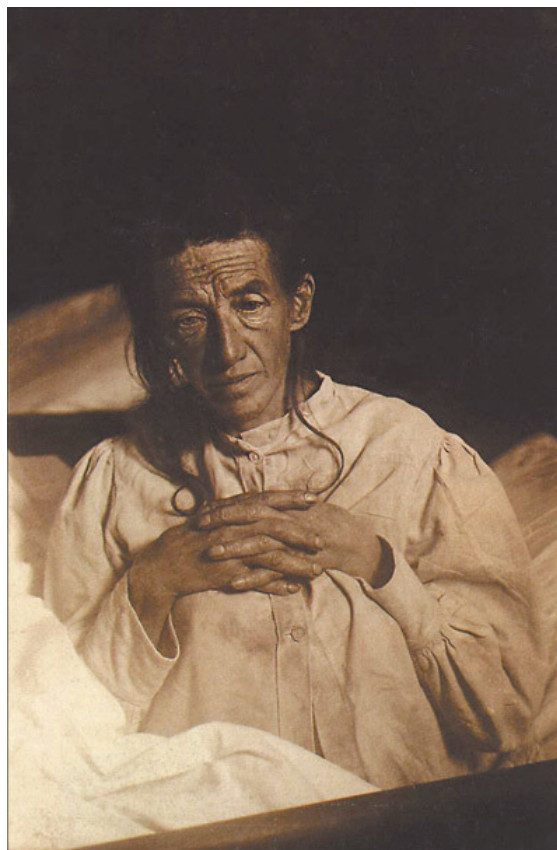
Tegenwoordig is er in medische en paramedische kring een sterke trend om het woord met de klemtoon op de laatste lettergreep uit te spreken^[6], net als *afasie*, *epilepsie*, *geriatrie* enz. Deze laatste woorden komen echter uit het Grieks, terwijl *dementie* van het Latijnse *deméntia* komt. *Dement* en *dementie* zijn vergelijkbaar met eveneens aan het Latijn ontleende woordparen als *coherent/coherentie*, *frequent/frequentie* en *intelligent/intelligentie*. De aanbevolen uitspraak is dan ook *dementie*, met de klemtoon op de tweede lettergreep^{[6][7]}.

3.2.9 Zie ook

- Frontotemporale dementie
- Lewy-body-dementie
- Syndroom van Korsakov
- Vasculaire dementie
- Ziekte van Alzheimer
- Ziekte van Pick
- Dementia praecox

3.2.10 Externe links

- Huisartsenstandaard Dementie
- Alzheimer-Nederland
- Alzheimerliga België
- Hulp bij dementie
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
- Praten over Gezondheid - Ervaringsverhalen Patiënten met Dementie
- Praten over Gezondheid - Ervaringsverhalen Mantelzorgers Dementie



Auguste Deter

3.3 Ziekte van Alzheimer

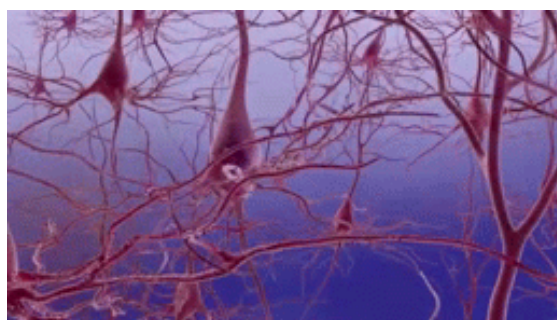
De **ziekte van Alzheimer**^[1] (vaak kortweg **alzheimer**^[1] genoemd) is een degeneratieve aandoening van de hersenen waarbij de patiënt soms in snel tempo dementeert. De aandoening is vernoemd naar Alois Alzheimer, een Duitse psychiater en neuropatholoog. Een exacte diagnose is doorgaans pas mogelijk na overlijden, door de hersenen te onderzoeken. De ziekte wordt meestal vastgesteld bij personen die ouder zijn dan 65 jaar.^[2] Bij jongere mensen komt een variant voor die *vroege of preseniele dementie* wordt genoemd.

3.3.1 Geschiedenis

In 1901 beschreef de Duitse psychiater neuropatholoog Alois Alzheimer voor de eerste keer de ziekte, die later bekend werd als de ziekte van Alzheimer.^[3] De patiënt was een 50-jarige vrouw met de naam Auguste Deter, die in dat jaar opgenomen was in de psychiatrische inrichting van Frankfurt am Main. Alois Alzheimer begeleidde de vrouw tijdens haar ziekenhuisopname. Zij verbleef in deze inrichting tot aan haar dood in 1906. In die tijd was Alois Alzheimer laboratoriummanager bij Emil Kraepelin in München. Hij was geïnteresseerd in de zaak en na haar dood deed Alois Alzheimer een autopsie op

haar hersenen en beschreef eiwitophopingen -amyloïde plaques- aan de buitenkant en rondom de hersencellen.^[4] Binnenin de hersencellen bemerkte hij de aanwezigheid van kluwen vezels, de **neurofibrillaire kluwen**.^[4] De daarop volgende vijf jaren werden elf vergelijkbare gevallen in de medische literatuur beschreven. In enkele van deze publicaties werd al gebruikgemaakt van de term *ziekte van Alzheimer*.^[5] De officiële naam gaat terug naar de psychiater Emil Kraepelin. Hij noemde de ziekte in de achtste editie van zijn leerboek van de psychiatrie gepubliceerd in 1910 de *ziekte van Alois Alzheimer*.^[3]

3.3.2 Ziektebeeld



Progressie van de ziekte van Alzheimer. Zenuwdood en de vorming van neurofibrillaire tangles en beta-amyloïde plaques.

De ziekte van Alzheimer wordt door een **neuroloog** of (neuro)psycholoog vastgesteld door middel van tests, een veel gebruikt **screeningsinstrument** is de **Mini-mental state examination**. Verder wordt een uitgebreide medische **anamnese** opgenomen en gesprekken met de familie gevoerd. De ziekte wordt gekenmerkt door een voortschrijdende achteruitgang van de **cognitieve functies**. De ziekte begint met **geheugenstoornissen**. In het begin is vooral de inprenting gestoord, waardoor nieuwe informatie niet meer wordt opgeslagen. De patiënt vraagt bijvoorbeeld meerdere malen per dag hetzelfde en vergeet afspraken. Informatie die in het verleden is opgeslagen, zoals herinneringen aan vroeger, is nog wel beschikbaar. Als de ziekte voortschrijdt, ontstaan ook stoornissen in het langetermijngeheugen. Verder ontstaan vroeg in de ziekte taalstoornissen, zoals woordvindstoornissen, stoornissen in **taalbegrip** en afgenomen woordproductie. Deze ontwikkelt zich tot **afasie**. Daarnaast ontstaan visueel-ruimtelijke stoornissen, waardoor patiënten bijvoorbeeld verdwalen in een bekende omgeving. In een later stadium ontstaat een **apraxie**, waardoor een patiënt allerlei vertrouwde handelingen niet meer kan verrichten, zoals aan- en uittrekken en zichzelf verzorgen. Geleidelijk ontstaat ook **apathie**: de patiënt trekt zich terug, wordt onverschilliger, verliest zijn interesse in de omgeving, zijn initiatief neemt af en hij besteedt minder aandacht aan zelfverzorging. Bij een groot percentage patiënten komen stemmingsveranderingen voor, zoals **depressie**. Acute verslechtingen kunnen optreden bij **infectie**, **medicijnvergiftiging**, ziekenhuisopname en plotselinge grote veranderingen, zoals een verhuizing. Bekend is het **delier** (bewustzijnsdaling veroorzaakt door een organisch defect) bij infectie en ziekenhuisopnames. Het langzame degeneratieve beloop leidt tot achteruitgang van alle functies, uiteindelijk leidend tot een volledige afhankelijkheid van dagelijkse verzorging. De gemiddelde ziekteduur is acht jaar. De ontwikkeling van de ziekte kan versterkt worden door vereenzaming. De psychische functies worden dan minder gebruikt, waardoor de kwaliteit achteruit kan gaan. Geestelijk in beweging blijven stimuleert de hersencellen waardoor de ziekte mogelijk minder snel optreedt.

Enkele eenvoudige tekenen van cognitieve achteruitgang die bij de ziekte vaak voorkomen, zijn:^[6]

- het steeds stellen van dezelfde vragen;
- hetzelfde verhaal woord voor woord herhalen;
- eenvoudige taken, die men vroeger makkelijk aankon, niet meer kunnen uitvoeren, zoals koken, kaartspelen, dingen repareren, etc.;
- problemen met betalen van rekeningen of bijhouden van de administratie (terwijl men dat vroeger wel kon);
- in een bekende omgeving de weg kwijtraken, of gedesoriënteerd raken;

- de persoonlijke hygiëne verwaarlozen, zoals aantrekken van schone kleren, douchen;
- beslissingen die men vroeger zelf nam aan anderen overlaten, bijvoorbeeld wat er in de **supermarkt** gekocht moet worden, of waarheen men nu moet gaan.

Noot: geen van de tekenen zijn op zich, of zelfs in combinatie met andere tekenen, geven een zekere indicatie van de ziekte. Wel is het verstandig bij het optreden van meerdere tekenen van abnormaal gedrag, een arts of specialist te raadplegen.

3.3.3 Oorzaken

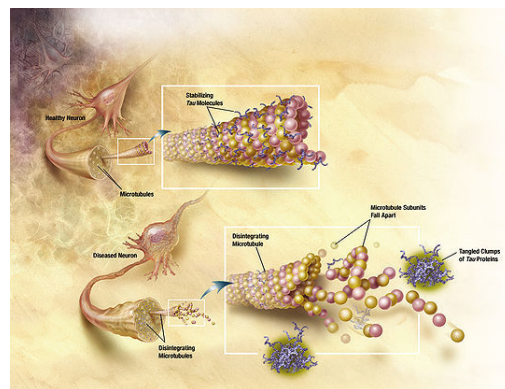


Diagram van de desintegratie van de microtubules

Rol van eiwitten De ziekte wordt volgens de meest geaccepteerde hypothese veroorzaakt doordat bepaalde eiwitten (amyloïdprecursorproteïne: APP) abnormaal worden afgebroken. Hierdoor ontstaan abnormale afbraakproducten (**bèta amyloïd**) welke plaques (klonten) vormen buiten de hersencellen. Ook is er een intracellulair kenmerk van de ziekte, namelijk kluwens (verstrengelingen) van het eiwit Tau. Verstrengeling van het Tau-eiwit, een eiwit dat een rol speelt bij het vervoer van voedingsstoffen door de cel, leidt ertoe dat hersencellen afsterven. Bij post-mortemonderzoek wordt een sterk gekrompen hersenschors (atrofie) gevonden, met buiten de zenuwcel gelegen amyloïdneerslagen (seniele plaques), welke ook rond de bloedvaten in de hersenen voorkomen. Daarnaast zijn er in de cel gelegen verstrengelingen van het eiwit Tau (**neurofibrillaire kluwens**) te vinden. Deze neerslagen zijn niet gelijkmatig over de hersenschors verdeeld. Met name gedeelten van de hersenschors waar geheugenfuncties gelokaliseerd zijn, zijn in het begin aangedaan. Vooral nog is de ziekte van Alzheimer een ziekte aan de grijze stof van het cerebrum.

Erfelijke factoren Er blijkt een genetische predispositie te bestaan voor Alzheimer. De erfelijkheid bedraagt naar schatting 76%. De laat beginnende alz-

heimer is vermoedelijk een gevolg van een samengaan van zowel genetische als omgevingsinvloeden. De vroege variant lijkt daarentegen vooral door genetische factoren bepaald. Het ApoE4 gen bij mensen geeft een verhoogde kans op de ziekte, met name voor de vroeg beginnende versie. Mensen die over het ApoE3 en ApoE4 beschikken hebben een driemaal verhoogde kans op de ziekte van Alzheimer, en mensen die over twee ApoE4 allelen beschikken hebben een 14 maal verhoogde kans op de ziekte. 50% van de mensen met ApoE4 krijgen echter géén alzheimer en veel alzheimerpatiënten hebben geen ApoE4-allel(en). Recent hebben onderzoekers nieuwe risicogenen voor alzheimer gevonden in een onderzoek van een zeer grote populatie.^[7] Deze genen coderen eiwitten die een rol spelen bij de cholesterolhuishouding en ontstekingsmechanismen in de hersenen.

Andere factoren De rol van aluminium en kwik (in amalgaam-vullingen) als veroorzakers van alzheimer is nog niet opgehelderd. Een belangrijke rol lijkt zeer onwaarschijnlijk. De hoeveelheid onderzoek is beperkt en spreekt elkaar deels tegen. Andere cofactoren die misschien(!) een rol spelen, zijn andere metalen (bijvoorbeeld koper), ontstekingsreacties in de hersenen, een tekort aan vitamines, oxidatieve stress en metabole verstoringen.^{[8][9][10][11][12]}

Een andere nog weinig onderzochte theorie is de rol van diabetes.^[13] Sommigen zien alzheimer als type 3 diabetes. Hierbij zorgt insulineresistentie ervoor dat de hersencellen geen glucose kunnen opnemen. Zonder deze voor de hersencellen primaire brandstof sterven ze langzaam af.^{[14][15]}

Benzodiazepines worden in verband gebracht met een hogere kans op de ziekte.^[16] Ontstekingsremmers zouden de ontwikkelingskans juist verlagen.^[17]

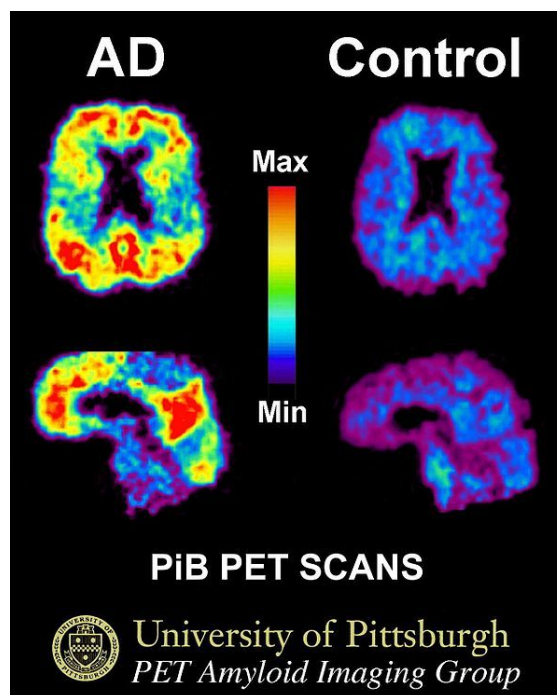
3.3.4 Vroege detectie

Vroege detectie of vaststelling van de ziekte van Alzheimer vormt momenteel een belangrijk onderwerp van studie. Een nieuwe techniek is het in beeld brengen van het amyloïd in de hersenen door middel van een PET-scan. Daarbij wordt door een arts een radioactieve stof in de bloedbaan van de arm gespoten. De stof (*Pittsburg compound B* of PiB genaamd^[18]) gaat vervolgens een chemische verbinding aan met het in de hersenen aanwezige amyloïd.^[19] De plaques of afbraakproducten worden dan zichtbaar in het beeld van de scanner. Deze test is echter niet erg gevoelig en bovendien niet specifiek voor de ziekte van Alzheimer aangezien plaques soms ook in de hersenen van normale ouderen voorkomen. Een andere, meer specifieke, techniek is de lumbale punctie, waarbij de ruggenmergvloeistof wordt onderzocht op afbraakproducten van amyloïd. Beide technieken zijn relatief duur en vereisen gespecialiseerd personeel. Er is zodoende behoefte

aan een eenvoudige en goedkope diagnostische test, die de ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium kan detecteren.

Een van de mogelijke kandidaten hiervoor is een reuktest met pindakaas, die gebruikmaakt van een geconstateerd verschil in reukvermogen tussen het linkerneusgat en rechterneusgat bij Alzheimerpatiënten.^[20] Een van de eerste hersenstructuren die bij deze ziekte wordt aangeast is de reukzenuw. Voordat deze pindakaastest daadwerkelijk gebruikt kan worden bij de diagnose van vroege Alzheimer dient hij echter nog verder onderzocht te worden.

De mitochondriën functioneren slechter aan het begin van de ziekte van Alzheimer.



Een PET-scanbeeld van de hersenen van een alzheimerpatiënt (AD) en een gezonde proefpersoon (Control)

Een simpele test is de zogenaamde klokkentest.^[21]

3.3.5 Alzheimer en opleidingsniveau

Epidemiologische studies tonen aan dat ouderen met een hoger opleidingsniveau minder kans hebben op het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer.^{[22][23]} Een hoger opleidingsniveau beschermt ouderen echter niet zozeer tegen neurodegeneratieve en vasculaire pathologie (afwijkingen in het weefsel van de hersenen) die vaak optreedt bij de ziekte van Alzheimer. Wél lijkt het de klinische expressie van de ziekte te dempen in de jaren voor het overlijden. Mogelijk heeft dit te maken met een grotere 'cognitieve reserve' of een groter hersengewicht bij mensen met een hoger opleidingsniveau.^[24] Hierdoor zouden de negatieve gevolgen van hersenafwij-

kingen voor het gedrag kunnen worden gecompenseerd of pas op zeer hoge leeftijd zichtbaar worden.

3.3.6 Voorkomen

Wereldwijd zijn er naar schatting 24 miljoen mensen met de ziekte van Alzheimer (gegevens 2005). In België zijn er 85.000 patiënten en jaarlijks komen er tot 20.000 bij. In Nederland zijn er 250.000 patiënten. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende variant van dementie. Twee derde van alle patiënten die dement zijn, lijdt aan Alzheimer.



Het hebben van sociale contacten en oplossen van puzzels of schaken wordt in studies van veroudering soms genoemd als middel tegen cognitieve achteruitgang op latere leeftijd. Voorlopig is echter een causale relatie nog niet duidelijk aangetoond.

3.3.7 Enkele cijfers

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is het aantal mensen in Nederland, dat aan de ziekte van Alzheimer overlijdt, vanaf 1996 met circa 320% gestegen. In Vlaanderen is er een soortgelijke ontwikkeling te constateren.

Nederland

Bron: CBS. Wijzigingen per 31 mei 2011.

België

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.^[25]

3.3.8 Behandeling

Er is geen genezing voor de ziekte van Alzheimer; beschikbare medicinale en niet-medicinale behandelingen hebben maar een klein symptomatisch effect. De overige behandelingen voor de ziekte van Alzheimer hebben slechts een palliatief effect.

Voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer worden vooral **acetylcholinesteraseremmers** gebruikt. Deze stoffen remmen het **acetylcholinesterase-enzym** waardoor **acetylcholine** minder snel afgebroken wordt, waardoor zowel de concentratie als de werkingsduur van de neurotransmitter wordt verhoogd. Een publicatie in de **British Medical Journal** stelt echter dat de werkzaamheid van deze acetylcholinesteraseremmers niet gefundeerd is.^[26]

Het nemen van een **voedingssupplement** met **vitamine B6, B12 en foliumzuur** blijkt het ziekteproces bij mensen met de eerste stadia van de ziekte van Alzheimer significant te kunnen remmen.^[27] Behandeling met deze B-vitamines is de eerste behandelmethode waarvan aangetoond is dat het de vermindering van het hersenvolume (atrofie) bij de ziekte van Alzheimer significant kan doen verminderen.^[27] Het gaat dan met name om de delen van de hersenen waarin de ziekte zich vooral manifesteert, zoals de **temporale kwab**, en die geassocieerd zijn met cognitieve achteruitgang.

3.3.9 Geneesmiddelen

Stand van zaken

Er is nu geen enkel geneesmiddel dat de ziekte van Alzheimer kan genezen. De middelen bestrijden voornamelijk de symptomen en of vertragen het ziekteverloop.^[28] In Nederland zijn momenteel vier middelen voor dementie beschikbaar: donepezil (Navasil), rivastigmine (Exelon), galantamine (Reminyl) en memantine (Ebixa). De medicijnen donepezil, rivastigmine en galantamine zijn acetylcholine-esterase-remmers.^[28] Deze medicijnen zijn bedoeld voor mensen die aan een lichte of matige vorm van de ziekte lijden. De medicijnen gaan de verslechtering van het geheugen enigszins tegen. Daarnaast wordt memantine, een middel behorende tot de medicijnengroep NMDA-antagonisten, gebruikt om probleemgedrag, zoals onrust of agressie te bestrijden.^[28] Er wordt volop onderzoek gedaan naar een medicijn voor Alzheimer.

De mogelijke toekomst: "genezing"?

Bexaroteen geneest Alzheimer bij muizen. Volgens een onderzoek o.l.v. Paige Cramer van de *Case Western Reserve School of Medicine* in **Cleveland (Ohio)** bleek bij proeven met muizen die aan Alzheimer leden, dat het toedienen van **bexaroteen** de **plaques** in de muizenhersenen binnen drie dagen al voor ca. 50% deed verdwijnen en de Alzheimersymptomen bij de muizen, zoals geheugenverlies, sterk verminderde.^{[29][30]} Waar muizen, die leden aan Alzheimer, niet meer wisten wat ze met nestmateriaal moesten doen, vertoonden de behandelde muizen weer binnen enkele dagen nestgedrag.^[31]

Het onderzoek wees uit dat bexaroteen werkt door de con-

concentratie ApoE enzym^[32] in het brein te vergroten. Dit enzym breekt de plaques af. Het enzym is ook actief tegen in het bloed opgeloste amyloïde:^[33] de niveaus hiervan bleken in het muizenbloed zeer sterk te dalen.^[31]

Bexaroteen is oorspronkelijk een antikankermedicijn dat wordt gebruikt bij de behandeling van een bepaald type lymfeklierkanker. Vergeleken met andere middelen heeft het middel relatief weinig bijwerkingen.^[31] Het is echter nog onduidelijk of bexaroteen effectief is tegen Alzheimer bij mensen. Uit vier vervolgstudies blijkt het allemaal veel complexer dan aanvankelijk gedacht en het aanvankelijke enthousiasme is inmiddels flink afgekoeld.^[34] Als dit medicijn goedgekeurd is voor het bestrijden van lymfoom kan het begin van de klinische studies versnellen.

3.3.10 Hulp verstrekken

Bij het verzorgen en het begeleiden van iemand met een dementie krijgen de volgende punten aandacht:

- de leefgewoonten voordat de dementie begon;
- eisen waaraan de woonsituatie moet voldoen;
- begeleiding en de lichamelijke verzorging;
- medicatie.

Leefgewoonten

Het kennen van de leefgewoonten van iemand met een dementie is voor een goede verzorging en begeleiding belangrijk, omdat het de mogelijkheid biedt het gedrag beter te begrijpen. Aansluiten bij de gewoontes met betrekking tot onderstaande routines zal onrust en verwardheid verminderen:

- de zelfverzorging;
- fysieke conditie en fitness;
- de kleding;
- het gebruik van eten en drinken;
- het gebruik van genotmiddelen;
- het dag- en nachtritme en de nachtrust;
- de levensovertuiging.

Het is zinvol om van de leefgewoonten een overzicht samen te stellen zodat een ieder die bij de hulp betrokken is daarvan kennis kan nemen. Dit is een hulpmiddel om:

- het gedrag beter te begrijpen en in te voelen;
- de basisveiligheid te vergroten;
- de doelmatigheid van de hulp te verbeteren;
- de communicatiemogelijkheden te vergroten.

Alzheimer en dieet

Volgens onderzoekers kan een evenwichtig dieet beschermen tegen cognitieve stoornissen op latere leeftijd.^[35] 65-plussers die regelmatig voedingsstoffen als bladgroenten, tomaten, noten, vis en gevogelte gebruiken zouden minder kans te lopen op de ziekte van Alzheimer, dan mensen die veel vette melkproducten, rood- en orgaanvlees gebruiken.^[36] Een gezond dieet bevat stoffen als omega-3, omega-6, onverzadigde vetzuren, vitaminen E en B12 en foliumzuur. Dieetpatronen hangen vaak samen met iemands etnische en sociaaleconomische achtergrond. Daardoor is het mogelijk dat resultaten van studies naar effecten van voeding op de kans op het krijgen van Alzheimer mede worden bepaald door andere factoren die binnen deze groepen verschillen. Bijvoorbeeld genetische verschillen, verschillen in opleiding of verschil in de hoeveelheid lichaamsbeweging.

Woonsituatie

Het is belangrijk na te gaan waar gevaar kan ontstaan. Bijvoorbeeld de opbergplaats van medicijnen en andere gevaarlijke stoffen. Aandacht vraagt ook de sluiting van deuren, ramen en trappen. Om te proberen iemand die dement is zo goed mogelijk “bij de tijd” te houden, is het van belang dat tijd en datum op een vaste plaats goed zichtbaar zijn. Dit “bij de tijd” houden kan ook gestimuleerd worden door een goed gebruik van de media en het bij de hand hebben van een fotoalbum van de familie. Het geeft duidelijkheid als wordt vastgehouden aan activiteiten op tijdstippen waaraan men gewoon is. Dit geldt bijvoorbeeld voor opstaan, wassen, maaltijden, rusten en het innemen van medicatie.

Lichaamsverzorging

Bij de lichaamsverzorging heeft iemand met de ziekte van Alzheimer vaak begeleiding nodig. Belangrijk is dat deze taak niet direct overgenomen wordt maar dat, al is het wat minder goed, zo veel mogelijk door de persoon zelf gedaan wordt.

Door de ziekte zal een patiënt soms niet in staat zijn op adequate wijze aan te geven waar men pijn heeft of dat men zich niet lekker voelt. Naast een goede observatie van het lichamenlijk functioneren is het kennen van de leefgewoonten een belangrijk hulpmiddel. Als bijvoorbeeld een demente man steeds maar zijn broekriem los doet, hoeft dat niet het gevolg te zijn van decorumverlies, maar kan dat er op duiden dat hij pijn in zijn buik heeft. Steeds kleine beetjes urine verliezen hoeft niet er op te wijzen dat er onzindelijkheid optreedt, maar kan ook betekenen dat er mogelijk een afwijking aan de blaas of de nieren is. Minder “helder” worden kan door de dementie komen, maar ook door een andere afwijking, bijvoorbeeld diabetes. Een verandering in het lichamenlijk functioneren is een signaal de huisarts te raadplegen.

Omgaan met decorumverlies

Decorum kan omschreven worden als het gevoel dat de mens heeft voor wat wel en wat niet passend is in een bepaalde situatie. Decorumverlies is een veelvoorkomend verschijnsel bij de ziekte van Alzheimer. Er is dan sprake van een geheel of gedeeltelijk onvermogen om zich in een situatie passend te gedragen. Als gevolg daarvan bestaat de kans dat men door de omgeving wordt afgewezen en er conflicten en/of vereenzaming ontstaat. Het is daarom zaak verlies van gevoel voor decorum zo veel mogelijk te voorkomen. Het kennen van de leefgewoonten is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Door decorumverlies kan ook het taalgebruik grover worden. Correctie daarvan op bevoogdende wijze zal als regel negatief werken op de relatie met de persoon met Alzheimer.

3.3.11 Onderzoek en ondersteuning

België

- Prof. dr. Christine Van Broeckhoven van de Universiteit Antwerpen is vermaard om haar onderzoek naar de oorzaken van Alzheimer.
- De Stichting voor Alzheimer Onderzoek (SAO) heeft tot doel financiële steun geven aan basis, klinisch en diagnostisch wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Alzheimer en aanverwante hersenziekten.^[37]
- De Vlaamse Alzheimer Liga is pluralistisch en niet gebonden aan andere organisaties. Ze heeft samenwerkingsverbanden met andere zelfhulpgroepen en organisaties. Naast het ondersteunen van de uitwisseling van kennis en ervaring met de ziekte van Alzheimer (via familiegroepen), doet de Liga ook aan sensibilisering.^[38]

Nederland

- Alzheimer Nederland, opgericht door Henk ter Haar, is de organisatie voor mensen met dementie en hun naasten. Deze stichting geeft informatie & hulp en biedt online en offline lotgenotencontact. Daarnaast is de stichting belangenbehartiger en financiert wetenschappelijk onderzoek.^[39]
- Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek, opgericht in 1993, steunt wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van en behandelingsmethoden voor de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie. Daarnaast geeft de stichting voorlichting over de ziekte in de vorm van brochures, presentaties en haar website.

3.3.12 Externe links

- Radboud Alzheimer Centrum Nijmegen
- Alzheimer Centrum Amsterdam VUmc
- Alzheimer Centrum Limburg
- The Alzheimer Experience (interactieve internet-film)

3.4 Vasculaire dementie

Vasculaire dementie is een vorm van dementie die veroorzaakt wordt door het afsterven van hersengebieden door verstoring van de bloedtoevoer in de hersenen. Het is op de ziekte van Alzheimer na de meest voorkomende vorm van dementie en de oorzaak van 10 tot 15 procent van de dementiegevallen. *Multi-infarctdementie* is een vorm van vasculaire dementie die kan optreden na een aantal beroertes. *Mengbeelddementie* is een combinatie van Alzheimer en VD (10 tot 20% van de dementiegevallen).^[1]

3.4.1 Oorzaken

Vasculaire dementie (VD) kan veroorzaakt worden door:^[2]

- Een aantal beroertes (CVA), die tegelijkertijd of na elkaar plaatsvinden. Dit wordt ook wel multi-infarctdementie genoemd.
- Eén beroerte op een cruciale plek in de hersenen, ook wel een strategisch infarct genoemd.
- Beschadiging van de witte stof door verstoring van de bloedtoevoer. Een specifieke vorm van deze beschadiging wordt de ziekte van Binswanger genoemd.
- CADASIL-syndroom. *Dit is een erfelijke aandoening die zorgt voor afwijkingen in de kleine bloedvaten in de diepere delen van de hersenen.*^[3]

VD is dus niet het gevolg van neurodegeneratieve aandoeningen.

3.4.2 Diagnose

VD manifesteert zich meestal tussen het 65e en het 75e levensjaar.^[4] De symptomen lijken sterk op die van andere vormen van dementie, zoals geheugenverlies, taalstoornissen en desoriëntatie. Wel ontstaan deze meestal abrupter dan bij bijvoorbeeld Alzheimer en gaat de patiënt sneller (stapsgewijs) achteruit. Meestal presteert de

patiënt beter op verbale en geheugentaken, maar doet deze het slechter op **executieve functies**. Bij Alzheimer is het net andersom.^[2] Wel kan er tussentijds verbetering optreden.

De patiënten hebben vaak al langer last van **hart- en vaatziekten**. Als de symptomen ontstaan binnen drie maanden na een beroerte, is meestal sprake van VD.

Na vaststelling van de diagnose is de overlevingskans na 5 jaar 39%.

3.4.3 Symptomen

3.4.4 Voorkomen

VD is niet te genezen. Wel kan de ziekte, net als andere hart- en vaatziekten, soms voorkomen of vertraagd worden door middel van vetarme voeding, niet roken en niet drinken.^[4]

3.4.5 Hulp van lotgenoten

België

De Vlaamse Alzheimer Liga is pluralistisch en niet gebonden aan andere organisaties. Ze heeft samenwerkingsverbanden met andere zelfhulpgroepen en organisaties. De Liga ondersteunt de uitwisseling van kennis over en ervaring met de ziekte van Alzheimer aan de hand van familiegroepen en doet ook aan mediavoortlichting.

Nederland

Alzheimer Nederland is de organisatie waarin mensen met dementie, of zij die in hun omgeving met dementie of de ziekte van Alzheimer te maken krijgen, zich verenigen.

3.4.6 Externe links

- Vlaamse Alzheimer Liga
- Alzheimer Nederland

3.5 Lewy-body-dementie

Lewy-body-dementie of **dementie met Lewy bodies (DLB)** is waarschijnlijk de derde oorzaak van dementie, na de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie.

3.5.1 Omschrijving

DLB is mogelijk geen zelfstandige ziekte-entiteit naast de ziekte van Parkinson en de ziekte van Alzheimer.

De *ziekte van Parkinson* en DLB maken deel uit van een spectrum van Lewy-pathologie, waarbij DLB als een corticale (in de **hersenschors** gelokaliseerde) variant kan worden beschouwd van de ziekte van Parkinson, bij welke ziekte de afwijkingen vooral in de hersenstam zijn gelokaliseerd.^[1]

Het ziekteproces wordt gekenmerkt doordat zich in de **hersencellen** vormsels met het eiwit alfasynucleïne bevinden, die *Lewy bodies* genoemd worden. Deze lichaampjes hopen zich bij **ziekte van Parkinson** op in de **substantia nigra** in de hersenstam. Bij DLB worden deze *insluitlichaampjes* daarnaast ook gevonden in de **hersenschors**.

Bij DLB treedt, niet alleen, zoals bij de ziekte van Parkinson, verlies op van **dopamineproducerende zenuwcellen** in de *substantia nigra*, maar ook, net als bij de ziekte van Alzheimer, van **acetylcholineproducerende cellen** van de *nucleus basalis van Meynert* en elders. De cellen van de **hersenschors** atrofieren (schrompelen).

Het onderscheid tussen *parkinsondementie (Parkinson's disease dementia, PDD)* en DLB is een kwestie van definitie. Wanneer de dementieverschijnselen optreden binnen één jaar na het ontstaan van de ziekte van Parkinson, spreekt men van DLB; wanneer dementie later in het verloop van de ziekte van Parkinson optreedt, spreekt men van PDD.

Bij **sectie** wordt vaak een combinatie gevonden van de afwijkingen die bij DLB horen en de afwijkingen die kenmerkend zijn voor de **ziekte van Alzheimer**. Naast *Lewy bodies* in de **hersenschors** vindt men dan ook afwijkingen in de **hippocampus**, de zogenaamde *neurofibrillaire kluwens* en *seniele plaques*.

Men neemt aan, dat bij DLB het verlies van **acetylcholine producerende zenuwcellen** verantwoordelijk is voor de achteruitgang van het cognitieve (denken) en het emotionele functioneren en dat het verlies van **dopamine producerende cellen** de motorische verschijnselen veroorzaakt.

3.5.2 Verschijnselen

Voor de diagnose *Lewy-body-dementie* zijn in 1995 criteria opgesteld^[2]

- Progressieve **cognitieve** stoornissen van zodanige ernst dat deze het functioneren bemoeilijken. Vooral de aandacht is verminderd, de concentratie, en de oriëntatie in de ruimte. Geheugenstoornissen spelen pas een rol als de ziekte gevorderd is.
- Wisselende aandacht en alertheid.
- Terugkerende **visuele hallucinaties** die meestal duidelijk en gedetailleerd kunnen worden omschreven.
- Tekenende van **parkinsonisme**, niet veroorzaakt door medicatie.

- Kenmerken die de diagnose steunen: herhaaldelijk vallen; flauwvallen; tijdelijk bewustzijnsverlies; overgevoeligheid voor antipsychotica; wanen.
- De diagnose DLB is minder waarschijnlijk bij: beroerte, of als er ziekten zijn die dezelfde verschijnselen kunnen veroorzaken.

3.5.3 Behandeling

- Medicijnen tegen de parkinsonverschijnselen zullen voorzichtig moeten worden gegeven, omdat ze de hallucinaties en de verwardheid kunnen doen toeneemen. In de praktijk probeert men uit te komen met een zo laag mogelijke dosering levodopa.
- De verwardheid, desoriëntatie en hallucinaties van DLB reageren goed op behandeling met cholinesteraseremmers zoals rivastigmine en galantamine^[3]
- Antipsychotica kunnen bij *dementie met Lewy bodies* en bij *Parkinsondementie* een rampzalige uitwerking hebben, doordat ze de Parkinsonverschijnselen versterken. Indien ze toch noodzakelijk worden geacht, zijn in feite alleen clozapine en quetiapine bruikbaar, zij het met de nodige voorzorgen en grote voorzichtigheid.^[4]

Hulp van lotgenoten

België De Vlaamse Alzheimer Liga is pluralistisch en niet gebonden aan andere organisaties. Ze heeft samenwerkingsverbanden met andere zelfhulpgroepen en organisaties. Naast het ondersteunen van de uitwisseling van kennis en ervaring met de ziekte van Alzheimer (middels familiegroepen), doet de Liga ook aan sensibilisatie.

Nederland

- Alzheimer Nederland is de organisatie voor mensen met dementie en hun naasten. Deze stichting geeft informatie en hulp en biedt online en offline lotgenotencontact. Daarnaast is de stichting belangenbehartiger en financiert wetenschappelijk onderzoek.
- De Parkinson Vereniging houdt zich bezig met lotgenotencontact, informatie en voorlichting, ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek en belangenbehartiging.

3.5.4 Zie ook

- Dementie
- Ziekte van Alzheimer
- Ziekte van Parkinson

3.5.5 Externe links

- (en) The Lewy Body Society, de enige Lewy Body vereniging in Europa
- LBD informatie van Alzheimer Nederland

3.6 Ziekte van Pick

De **ziekte van Pick**^{[1][2]} is een vorm van dementie die zich meestal openbaart op relatief jonge leeftijd (45-50 jaar). De ziekte is genoemd naar de Duitse neuroloog Arnold Pick, die voor het eerst een patiënt met deze ziekte beschreef in 1892. In tegenstelling tot de ziekte van Alzheimer die de gehele hersenen aantast, beperkt deze soort van dementie zich tot de frontale kwab van de grote hersenen.

3.6.1 Symptomen

De ziekte van Pick heeft uiteenlopende symptomen, zoals persoonlijkheidsveranderingen (agressie, rare opmerkingen), concentratieproblemen, spraakproblemen (o.a. herhalen van woorden, verlies van spraak), veranderingen in seksueel gedrag, veranderd eetpatroon. Het herkennen van mensen en plaatsen blijft lang behouden. Ook hierin verschilt de ziekte van Pick van de ziekte van Alzheimer. Voor artsen is de ziekte van Pick in het begin vaak moeilijk te herkennen, omdat het om relatief jonge patiënten gaat met in het begin slechts geringe symptomen.

Er is nog geen behandeling voor de ziekte van Pick.

3.6.2 Hulp van lotgenoten

België

De Vlaamse Alzheimer Liga is pluralistisch en niet gebonden aan andere organisaties. Ze heeft samenwerkingsverbanden met andere zelfhulpgroepen en organisaties. De Liga ondersteunt de uitwisseling van kennis over en ervaring met de ziekte van Alzheimer aan de hand van familiegroepen en doet ook aan mediavoorlichting.

Nederland

- Alzheimer Nederland is de organisatie voor mensen met dementie en hun naasten. Deze stichting geeft informatie & hulp en biedt online en offline lotgenotencontact. Daarnaast is de stichting belangenbehartiger en financiert wetenschappelijk onderzoek.
- Stichting Pick's Lotgenoten. Een stichting voor en door mensen met de ziekte van Pick en hun naasten.

3.6.3 Externe link

- www.erasmusmc.nl/pickcentrum
- www.alzheimer-nederland.nl

3.7 Dementia praecox

Onder de naam **dementia praecox** beschreef psychiater Emil Kraepelin een groep ziekten met samenhangende symptomen. De naam betekent 'vroegtijdige dementie' en werd voor het eerste gebruikt door de Franse psychiater Bénédict A. Morel (1809 - 1873). Morel gebruikte de benaming *démence précoce* voor het eerst voor het ziektebeeld van een erfelijk soort van 'psychologische degeneratie' bij een 14-jarige^[1] jongen.^[2] Arnold Pick^[3] gebruikte de Latijnse vorm *Dementia praecox* in een artikel uit 1891, waarop Kraepelin in 1893 deze term ten behoeve van zijn nieuwe nosologische systeem invoerde.

3.7.1 Kraepelin

Aan het einde van de negentiende eeuw werden psychische aandoeningen voornamelijk beschreven aan de hand van opzichzelfstaande symptomen. Kraepelin stelde zich ten doel niet alleen de symptomen als zodanig te beschrijven, maar ook de manier waarop de verschillende symptomen samengingen. Op deze manier kwam hij tot een tweedeling van ziektebeelden: *dementia praecox* en manisch-depressieve ziekten (tegenwoordig *bipolaire stoornissen* genoemd).

Bij patiënten met *dementia praecox* nam hij waar dat de geestelijke gesteldheid sprongsgewijs en onomkeerbaar achteruitging. Hij beschreef de aandoening als de *subacute ontwikkeling van een staat van geestelijke zwakte die op jonge leeftijd optreedt*. Toen dit concept in 1893 als diagnostische methode werd opgenomen in het Duitse *Lehrbuch der Psychiatrie*, het toenmalige standaardwerk van Kraepelin, werd het ingedeeld bij de degeneratieve stoornissen, maar onderscheiden van *katatonie* en *dementia paranoides*. In die tijd kwam het concept nog in grote lijnen overeen met *hebefrenie*, beschreven door Ewald Hecker. In de editie van 1899 van het *Lehrbuch* werden deze drie klinische typen ook besproken, maar dan als verschillende uitingen van één ziekte: *dementia praecox*.

3.7.2 Bleuler

Bleuler verrichtte in de volgende jaren verder onderzoek naar de aandoening. Hij richtte zich hierbij niet alleen op de ordening van symptomen, maar ook op het verloop van de ziekte. Na verloop van tijd kwam hij tot de conclusie dat er niet altijd dementie of cognitief verval optrad en dat er niet altijd symptomen in de jeugd optraden. Deze bevindingen publiceerde hij in 1911 in het boek *Dementia*

praecox oder Gruppe der Schizophrenien, waarmee hij de aandoening definitief de naam *schizofrenie* gaf.

Als ezelsbruggetje voor Bleulers beschrijving werden de zogenaamde *vier A's van Bleuler* gebruikt: affect, associatie, ambivalentie en autisme.

3.8 Frontotemporale dementie

Frontotemporale dementie^[1] is een hersenstoornis die geassocieerd is met degeneratie van de frontale en temporale gebieden in de hersenen.

Het tast de functies aan van de frontale schors en soms ook van de temporale schors. De symptomen zijn veranderingen in gedrag en persoonlijkheid en veranderingen in executieve functies. De gedragsymptomen zijn apathie en verlies aan controle en/of remmingen.

Patiënten blijven soms de hele dag in bed, zijn sociaal teruggetrokken en verwaarlozen zichzelf. Ontremming in gedrag kan tot uiting komen in ongepaste opmerkingen of grapjes, soms met een seksuele strekking, of ongepast gedrag. Soms, bijvoorbeeld bij stelen of plassen in een bloembak, kunnen patiënten daardoor problemen met de politie krijgen.

Stoornissen in executieve functies uiten zich in een onvermogen tot plannen van gedrag, meerdere taken gelijktijdig uitvoeren etc. Aantasting van de temporale schors kan gepaard gaan met een verlies van *geheugenfuncties*. De hersenen van deze patiënten vertonen vaak sterk verwijde *ventrikels* en *hersengroeven*, hetgeen mogelijk het gevolg is van verlies of krimpen van de *grijze stof*.

3.8.1 Literatuurverwijzingen

- [1] Everdingen, J.J.E. van, Eerenbeemt, A.M.M. van den (2012). *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* (12de druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

3.9 Ziekte van Huntington

De **ziekte van Huntington** of **Huntingtons chorea** (niet te verwarren met de *ziekte van Hutchinson*) is een ongeneslijke *erfelijke aandoening* die bepaalde delen van de hersenen aantast. De eerste symptomen openbaren zich meestal tussen het 35e en 45e levensjaar, maar kunnen ook eerder of later in het leven optreden. Zij uit zich onder andere in onwillekeurige (choreatische) bewegingen die langzaam verergeren, verstandelijke achteruitgang en een verscheidenheid van *psychische symptomen*. De ziekte leidt gemiddeld na een achttiental jaren tot de dood van de patiënt(e), meestal door bijkomende oorzaken zoals *longontsteking*.

De jeugdvorm (juveniele vorm) begint doorgaans in de tienerjaren.

De ziekte van Huntington werd in 1872 door de Amerikaanse arts George Huntington uitvoerig beschreven.

3.9.1 Erfelijke aspecten

De ziekte van Huntington wordt veroorzaakt door een afwijkend gen op het 4e chromosoom, namelijk een abnormaal lange trinucleotide herhaling (CAG) op 4p16.3. Aangezien niet bij iedereen die herhaling even vaak voorkomt, bestaan er verschillende gradaties in de symptomen van de ziekte. Indien een van de ouders het afwijkende (huntington-)gen heeft, dan heeft elke zoon of dochter 50% kans de ziekte te erven. Bij diegenen die het huntington-gen hebben geërfd, zal de ziekte zich openbaren als zij lang genoeg leven. Als de nakomelingen van een huntingtonouder het afwijkende gen niet geërfd hebben, dan kunnen zij de ziekte niet krijgen en de ziekte zal in volgende generaties ook niet meer terugkomen. Zij slaat dus geen generatie over. Wanneer een ouder nog vóór de beginsymptomen van de ziekte door bijvoorbeeld een ongeval overlijdt, en de ziekte zich later bij een nakomeling openbaart, ontstaat ten onrechte de indruk dat zij een generatie heeft overgeslagen. Omdat de aandoening zich vaak pas op latere leeftijd openbaart, kan er al een gezin gesticht zijn voordat de ouder ziek wordt. Het gen kan dan al doorgegeven zijn aan één of meerdere kinderen. Naarmate een risicodragers - een zoon of dochter van een patiënt(e) - ouder wordt zonder symptomen van de ziekte, wordt de kans groter dat hij/zij het huntington-gen niet geërfd heeft en derhalve gevrijwaard blijft van deze ernstige aandoening.

Er zijn homozygoten voor de ZvH mutatie beschreven. Dit kan voorkomen wanneer de beide ouders drager zijn. Fenotypisch vallen homozygoten niet te onderscheiden van heterozygoten.^[1]

3.9.2 Diagnose

In het verleden bestond er geen methode om de ziekte met zekerheid vast te stellen. De diagnose 'ziekte van Huntington' werd gesteld op basis van de klinische symptomen en de familiegeschiedenis nadat andere mogelijke aandoeningen uitgesloten werden. In maart 1993 werd melding gemaakt van de vondst van het huntington-gen. Hierdoor is het mogelijk om met behulp van DNA-onderzoek de diagnose met zekerheid te stellen door de abnormaal lange trinucleotide herhaling (CAG) op chromosoom 4 (4p16.3) exact te bepalen. Deze test kan ook voorspellend gebruikt worden. Voor de test is alleen een bloedmonster van de patiënt nodig. Voor 1993 was er reeds een predicatieve DNA-test in gebruik die minder nauwkeurig was en ook het testen van familieleden vereiste. In geval van prenataal onderzoek van een ongeboren vrucht worden 'chorion-vlokken' afgenomen uit de baarmoeder (vlokkentest). Dat het vaststellen van het

huntington-gen bij een (nog) gezonde risicodragers ernstige consequenties kan hebben, zal duidelijk zijn.

Een bijkomend dilemma is de aard van erfelijkheid: het huntington-gen is dominant erfelijk. Draagt men het, dan kan men er zeker van zijn dat men de ziekte ooit krijgt. Wanneer zich nu een kleinkind van een overleden huntingtonpatiënt op het gen wil laten testen, terwijl het kind van dezelfde patiënt, de ouder van het kleinkind in kwestie, liever afwacht wat er gebeurt, en de test valt positief uit, dan is de ouder er eveneens zeker van ooit de ziekte van Huntington te krijgen, tenzij de andere ouder van het kleinkind de ziekte draagt.

3.9.3 Algemeen voorkomen

Het voorkomen kan internationaal sterk variëren. Bepaalde geïsoleerde populaties (bv Mauritius: 46 per 100 000) kunnen een zeer hoge prevalentie kennen terwijl in landen als Finland en Japan de ziekte slechts optreedt bij minder dan 0.001% van de bevolking. In de meeste Europese landen komt de ziekte voor bij 1,63 tot 9,95 per 100.000 personen.

De gemiddelde leeftijd van overlijden ligt tussen de 51 en 57 jaar maar uitzonderingen komen voor. De duur van de ziekte kan ook sterk variëren maar kent een gemiddelde van circa 19 jaar. De meeste patiënten overleven 10 tot 25 jaar na het optreden van de eerste symptomen. De meest voorkomende doodsoorzaken zijn longontsteking en cardiovasculaire aandoeningen.

De juveniele vorm van de ziekte van Huntington (< 20 jaar) komt voor bij 5 tot 10% van gevallen. Bij juveniele ZvH wordt de ziekte meestal overgeërfd van de vader, bij de adulte vorm wordt de ziekte vaker overgeërfd van de moeder. Dit fenomeen wordt anticipatie genoemd en is te wijten aan de grotere instabiliteit van het Huntington allel tijdens de spermatogenese. Het aantal van CAG-repeats is omgekeerd gecorreleerd met startleeftijd van de ZvH. Dit maakt de lengte van de CAG-repeat de belangrijkste factor bij het inschatten van wanneer de ziekte bij iemand zal optreden. Dit is geen exacte wiskunde, andere genetische en ook omgevingsfactoren beïnvloeden de leeftijd waarop de ziekte zal beginnen. De leeftijd waarop de ziekte begint, kan ook sterk variëren: van 2 jaar tot 80 jaar. De meeste studies tonen een gemiddelde aan van 35-44 jaar, terwijl jonger dan 10 jaar en ouder dan 70 jaar zeer zeldzaam is.

3.9.4 Behandeling

Het is op dit moment niet mogelijk om de ziekte te genezen of zelfs het verloop af te remmen. In de eerste fase worden slechts algemene non-farmacologische maatregelen aanbevolen. Wanneer de onwillekeurige bewegingen (chorea) ernstiger worden en ze het normaal functioneren belemmeren, kan een behandeling met benzodiazepines,

neuroleptica of tetrabenazine aangewezen zijn.

Patiënten waarbij bradykinesie en stijfheid de voornaamste klachten zijn, kunnen mogelijk voordeel halen uit een behandeling met levodopa of dopamine-agonisten.

Het vroegtijdig ontdekken en behandelen van depressies bij patiënten met ZvH is een belangrijk aandachtspunt in de behandeling. SSRI's worden als eerste keuze beschouwd.

Bij patiënten die last hebben van hallucinaties of schizofreniforme symptomen kunnen antipsychotica noodzakelijk zijn. Aandacht voor mogelijke extrapyramidale bijwerkingen en tardatieve syndromen is noodzakelijk dus nieuwere antipsychotica als clozapine, risperidon of quetiapine hebben de voorkeur.

Reserpine en tertabenazine zijn recente geneesmiddelen die een positief effect vertoonden in de behandeling van de chorea in fase 3 klinische studies.

Nog vele andere geneesmiddelen kunnen aangewend worden of zelfs noodzakelijk zijn in de behandeling van deze ziekte. Zoals steeds moeten de mogelijke voordelen afgewogen worden tegen de bijwerkingen en risico's.

In Nederland zijn drie categorale verpleeghuizen voor huntingtonpatiënten, namelijk Overduin in Katwijk (70 plaatsen), Heemhof in Apeldoorn (30 plaatsen) en de Kloosterhoeve in Raamsdonksveer (50 plaatsen).

3.9.5 Externe links

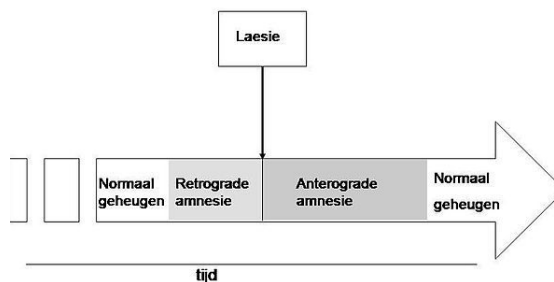
- Vereniging van Huntington
- Officiële Vlaamse Liga van Huntington
- HDBuzz geeft wetenschappelijk nieuws over de ziekte van Huntington in eenvoudig taalgebruik

3.10 Geheugenverlies

Geheugenverlies of *amnesie* is de naam voor stoornissen van het geheugen. Het heeft vooral betrekking op het episodische geheugen.

3.10.1 Twee vormen van amnesie

Amnesie treedt vaak op na hersenletsel. Hierbij kan de getroffen persoon zich gebeurtenissen min of meer kort voor, in ernstiger gevallen ook kort na, het hoofdletsel of medicijngebruik niet meer herinneren: er is een lacune in het geheugen ontstaan. Heeft dit alleen betrekking op de tijd voor het voorval, dan spreekt men van **retrograde amnesie**; houdt het onvermogen tot inprenten ook hierna nog aan, dan is er sprake van **anterograde** of **antegrade amnesie**.



Twee vormen van amnesie: de retrograde en anterograde amnesie. Laesie: tijdstip van voorval

3.10.2 Oorzaken van amnesie

Geheugenverlies kan optreden:

- Na een hersentrauma (bijvoorbeeld een val of klap op het hoofd), of CVA.
- Na gebruik van sommige geneesmiddelen, vooral slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Bij psychische en mentale stress.
- Bij dementie: in typische gevallen gaat hierbij als eerste het kortetermijngeheugen achteruit. Bij dementie blijft het geestelijk disfunctioneren echter meestal niet beperkt tot het geheugen, hoewel het daar vaak mee begint, maar gaan meestal alle cognitieve functies achteruit.
- Bij beschadigingen aan de hippocampus.
- Bij het syndroom van Korsakov.
- Bij een dissociatieve stoornis of posttraumatische stressstoornis
- Na elektroconvulsie therapie (ECT).
- Zonder aanwijsbare oorzaak en met korte duur (*transient global amnesia*).
- In de vorm van een afweermechanisme, volgens de psychoanalyse.
- Bij hypnose, als neveneffect van suggestie.
- Bij overmatig alcoholgebruik.
- Bij gebruik van verschillende soorten medicatie, bijvoorbeeld oxazepam.
- In de vorm van bronamnesie. Daarbij is vooral het geheugen voor de context van gebeurtenissen verstoord. Bijvoorbeeld of je iets echt hebt meegemaakt of gedroomd, of dat een bepaald verhaal door Jan of Piet is verteld e.d. Men vermoedt dat vooral de prefrontale schors hierbij betrokken is.^[1]

3.10.3 Amnesie en hersenen

Amnesie treedt het duidelijkst naar voren bij hersenletsel in de mediale temporale cortex, bijvoorbeeld na een hersenoperatie. Patiënten kunnen zich dan niet meer feiten of episodes herinneren uit hun eigen leven uit de periode na het opgelopen hersenletsel, en/of kunnen geen nieuwe informatie meer opslaan in het langetermijngeheugen (zie ook HM (patiënt)). Vaak is het mede een gevolg van beschadiging in het gebied van de hippocampus^[2] waardoor de opslag of consolidatie van nieuwe informatie is verstoord. Het kortetermijngeheugen (bijvoorbeeld het voor korte tijd kunnen onthouden van cijferreeksen) is daarbij meestal gespaard.

3.10.4 Amnesie en vergeten

Amnesie kan ook mildere vormen aannemen, zoals bij vergeten: het proces waarbij kennis in het langetermijngeheugen moeilijker beschikbaar is of verloren gaat. Naarmate de tijd verstrijkt, wordt meer en meer vergeten.

3.10.5 Zie ook

- Clive Wearing
- Neuropsychologie
- The Bourne Identity (film)

3.10.6 Externe links

- De Vlaamse Alzheimer Liga
- Alzheimer Nederland
- AlzheimerCentrum Nijmegen
- Alzheimer Centrum Amsterdam VUmc
- Alzheimer Centrum Limburg

3.11 Syndroom van Korsakov

Het **syndroom van Korsakov**, ook wel de **ziekte van Korsakov** genoemd, is een blijvende geheugenstoornis die voornamelijk veroorzaakt wordt door vitamine B1-tekort, meestal het gevolg van het te weinig gevarieerd eten bij chronisch alcoholmisbruik. Het kenmerkt zich door desoriëntatie, vooral in tijd, stoornissen in met name het kortetermijngeheugen en confabulaties. Daarnaast treden vaak polyneuritis en andere lichamelijke klachten op die kenmerkend zijn voor chronisch alcoholisme.

3.11.1 Geschiedenis

De naam is afkomstig van de Russische psychiater Sergej Korsakov (1854-1900), die voor het eerst internationaal publiceerde in 1887 over de opvallende symptomen van geheugenstoornis zonder dementie, en het verband legde met alcoholmisbruik. Magnus Huss legde dit verband al in 1852, Korsakov beschreef het echter als eerste in Duitse en Franse vakbladen. Hierdoor is zijn naam voor altijd verbonden met het ziektebeeld. Dat de oorzaak een door chronisch alcoholgebruik veroorzaakt gebrek aan vitamine B1 was werd pas later ontdekt. Vitamine B1 zit onder andere in gist, wat bij bierbereiding gebruikt wordt. Bij matige inname kan bier inderdaad een bijdrage leveren aan de vitaminebehoefte, maar bij overdadig gebruik wordt geen reserve aan vitamine aangelegd. Integendeel, hoe meer bier men drinkt, des te groter de behoefte wordt aan vooral vitamine B1.

3.11.2 Ontstaan



Psychiater Korsakov in 1885

Het syndroom van Wernicke is een acute fase die vaak voorafgaat aan het ontstaan van de aandoening van Korsakov. De patiënt is dan totaal in de war en heeft verschillende neurologische stoornissen. Lopen en oogbewegingen zijn gestoord, er is vaak sprake van lichamelijke uitputting en bewustzijnsdaling. Het is een acuut levensbedreigende situatie waarbij de patiënt gerede kans loopt te overlijden als niet direct wordt ingegrepen. Er dient

zo snel mogelijk vitamine B1 worden toegediend, waarna de verdere lichamelijke conditie op peil kan worden gebracht.

Van de patiënten die het syndroom van Wernicke hebben doorstaan blijkt ongeveer 60% een syndroom van Korsakov over te houden.

Behalve bij overmatig alcoholgebruik kan het syndroom van Korsakov ook voorkomen ten gevolge van ernstige ondervoeding, bijvoorbeeld bij *anorexia nervosa*, chronisch harddrugsgebruik, ernstige somatische ziekten zoals aids, en ook bij beriberi en hongersnood. Alcoholgebruikers zijn in de westerse wereld echter verreweg in de meerderheid. Bijzonder is dat de frequentie van ontstaan door alcoholgebruik deels cultureel bepaald lijkt te zijn: hoewel in Frankrijk excessief alcoholgebruik vaker wordt vastgesteld, is het voorkomen van het syndroom van Korsakov daar in vergelijking met Nederland minder. De verklaring hiervoor schijnt te vinden te zijn in het feit dat Fransen ondanks drankzucht langer aan een gezond eetpatroon vasthouden.

De stoornis is dus het gevolg van een hersenbeschadiging met als resultaat ernstige beperkingen op lichamenlijk en psychisch gebied en daaruit voortkomende handicaps.

3.11.3 Symptomen

De belangrijkste symptomen zijn:

- Geheugenstoornissen
- Confabulaties (nemen af in de loop van de tijd)
- Vervlakking van de gevoelsbeleving en zelfoverschatting

Naast bovengenoemde symptomen kunnen er diverse bijkomende symptomen optreden als gevolg van de hersenbeschadiging. Naast de neurologische/psychiatrische symptomen is er door de leefstijl vaak ook nog bijkomende lichamelijke schade door het overmatig alcoholgebruik. Bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, leverfunctiestoornissen, polyneuropathie en een verhoogd risico voor aandoeningen aan mond/keel/slokdarm. Maatschappelijk gezien is er vaak een situatie waarin men nog maar een klein sociaal netwerk heeft overgehouden vanwege de alcoholproblematiek die dikwijls al jaren een grote rol speelt.

Meest opvallend bij de korsakovpatiënt zijn de geheugenstoornissen (amnesie), en het nogal eens afwezig zijn van enig ziektebesef. De patiënt vergeet ook dat hij last heeft van geheugenverlies.

De amnesie valt uiteen in twee vormen: anterograde amnesie; het niet kunnen onthouden van nieuwe informatie, en retrograde amnesie; het verlies van informatie van voor het ontstaan van de hersenbeschadiging. Bij retrograde amnesie is dus informatie verloren gegaan die ooit wel

aanwezig was. Retrograde amnesie neemt in de loop van de tijd meestal af, dit in tegenstelling tot anterograde amnesie.

Meestal is de ernst van het syndroom van Korsakov af te meten aan de ernst van de retrograde amnesie. Hoe meer informatie verloren is gegaan uit de tijd van voor het ontstaan van het syndroom hoe ernstiger de beperkingen en handicaps in het algemeen zijn.

Anterograde amnesie Anterograde amnesie is wel het meest opvallende kenmerk van het syndroom van Korsakov: door problemen in het kortetermijngeheugen ontstaan inprentingstoornissen. Vanaf het begin van het ontstaan van het syndroom is de patiënt niet in staat nieuwe informatie (zowel verbaal als non-verbaal) op te nemen, of is daar sterk beperkt in, afhankelijk van de ernst van *de korsakov*. Hierdoor bestaat ook de kenmerkende breuk in de levenslijn van mensen met verworven hersenletsel.

Confabulaties Patiënten die zich dingen niet kunnen herinneren hebben vaak sterk de neiging deze lacunes op te vullen door verzinnselen. Korsakovpatiënten doen dit niet bewust. Ze zetten buitenstaanders soms flink op het verkeerde been doordat de verhalen overtuigend en reëel kunnen overkomen. De confabulaties nemen vaak in de loop van de tijd af.

Interferentie Informatie van verschillende bronnen aan elkaar koppelen. Bijvoorbeeld de uitslag van de ene voetbalwedstrijd koppelen aan een andere.

3.11.4 Begeleiding korsakovpatiënten

Vanaf het ontstaan heeft de betrokkene van de ene op de andere dag ernstige beperkingen. Doordat sommige cognitieve functies en vaardigheden intact blijven, kunnen patiënten zich in eerste instantie vaak een stuk vaardiger presenteren dan zij in werkelijkheid zijn, want in tegenstelling tot bij dementie loopt de intelligentie geen of weinig schade op.

Dit gecombineerd met de confabulaties en een over het algemeen te optimistische kijk op de handicaps (voor zover ze onderkend worden), maakt dat de korsakovpatiënt en soms zijn omgeving regelmatig de mogelijkheden overschatten. De omgang met mensen met het syndroom van Korsakov vereist dan ook een speciale benadering. Hun leven moet in een bepaalde structuur gebracht worden die zij zelf niet kunnen aanbrengeen. Ze zijn vaak faalangstig en wantrouwend, missen dikwijls zelfvertrouwen en vertrouwen in de medemens en hebben geen of een gebrekkig ziekte-inzicht. Door Lindenhoff werd in 1990 het begeleidingsmodel van de vier K's voor de korsakovpatiënt opgesteld. Ze staan voor Kort, Konkreet, Konsekwent en Kontinu en moeten met elkaar borg staan voor een sfeer van veiligheid en duidelijkheid. In wezen is het model van de vier K's voor de begeleiding van de meeste mensen met niet-aangeboren hersenletsel relevant.

In Nederland wordt zorg en begeleiding van korsakovpatiënten onder andere geboden door *ggz*-instellingen en *verpleeghuizen*. Sommige gespecialiseerde korsakovklinieken of afdelingen bieden behandelprogramma's aan. Een aantal verpleeghuizen begeleidt groepen cliënten met korsakov. Samen hebben zij het *Korsakov Kenniscentrum* opgericht. In samenwerking met de Erasmusuniversiteit werd een zorgprogramma ontwikkeld.

3.11.5 Externe links

- [Korsakov Kenniscentrum Nederland](#)
- [Belgische website rond het syndroom van Korsakov](#)

Hoofdstuk 4

psychische stoornis door een somatische aandoening

4.1 Psychotische stoornis door een somatische aandoening

Men spreekt van een **psychotische stoornis door een somatische aandoening** als iemand lijdt aan **hallucinaties** of **wanen** en de oorzaak een lichamelijke ziekte of een ander lichamenlijk medisch probleem is.

Bij diagnose moet worden uitgesloten dat de symptomen het gevolg zijn van een **delier**, **dementie** of het gebruik van alcohol of **psychoactieve middelen**.

In het psychiatrische handboek **DSM-IV** worden de volgende criteria gegeven:

- Op de voorgrond tredende hallucinaties of wanen
- Uit de medische historie, lichamenlijk onderzoek of laboratoriumresultaten blijkt dat de stoornis een direct fysiologisch gevolg is van de lichamenlijke aandoening
- De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische aandoening
- De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens een delier

4.1.1 Classificatie

- **ICD-10:** F06
- **DSM-IV:** 293.81 (met wanen), 293.82 (met hallucinaties)

Hoofdstuk 5

aan middelen gebonden stoornissen

5.1 Psychotische stoornis door middelengebruik

Een **psychotische stoornis door middelengebruik** is een psychische aandoening waarbij **wanen** en **hallucinaties** ontstaan die zijn terug te voeren op het gebruik van alcohol, geneesmiddelen of drugs. De symptomen kunnen zich ontwikkelen tijdens of (hooguit een maand) na een **intoxicatie** of het ontstaan van ontwenningverschijnselen, maar kunnen ook optreden als bijwerking van een geneesmiddel.

Als de patiënt inziet dat zijn hallucinaties door middelengebruik zijn veroorzaakt, worden deze niet bij de diagnose meegerekend. Verder moet worden uitgesloten dat een andere psychische stoornis verantwoordelijk is voor de symptomen en dat er geen sprake is van een **delier**. Ook moeten de symptomen sterker zijn dan die bij intoxicatie of ontwenning worden gezien.

Enige middelen die psychotische verschijnselen kunnen veroorzaken zijn: alcohol, cocaïne, paddo's, LSD, amfetamine of amfetamineachtige stoffen (onder andere ritalin en concerta), cannabis, inhaleermiddelen, opioïden, bepaalde anxiolytica. Nota bene: deze opsomming is niet volledig, er zijn andere middelen die de symptomen kunnen veroorzaken.

5.1.1 Classificatie

- **DSM-IV:** 291.xx - alcohol, 292.xx - andere middelen (xx is een aanvullende codering voor wanen of hallucinaties)
- **ICD-10:** F1x.5 (x is de code voor het betreffende middel)

5.1.2 Zie ook

- Psychose

Hoofdstuk 6

schizofrenie en andere psychotische stoornissen

6.1 Schizofrenie

Schizofrenie (*gespleten geest*; σχίζω *schizo*, φρενός *phrenos*) is een psychische aandoening binnen het schizoïde spectrum. Het wordt gekenmerkt door een verslechtering van denkprocessen en door slecht emotioneel functioneren. Deze aandoening openbaart zich meestal als gehoorshallucinatie, paranoïde of bizarre wanen, of onsamenhangend denken en spreken en gaat samen met slecht functioneren op sociaal vlak.

6.1.1 Introductie

Symptomen

De symptomen worden meestal voor het eerst zichtbaar bij jongvolwassenen (tussen het 15de en 30e levensjaar). De aandoening heeft wereldwijd een prevalentie van ongeveer 0,3–0,7%. De diagnose wordt gesteld op basis van geobserveerd gedrag en de door de patiënt gerapporteerde ervaringen.

Een belangrijk kenmerk is dat er tijdens het verloop van de ziekte minimaal eenmaal een psychotische episode is opgetreden. Doorgaans komen deze episoden vaker voor. Ze gaan gepaard met een afwijkende beleving van de werkelijkheid (een afwijkende cognitie), resulterend in onlogische gedachtepatronen, wanen, hallucinaties en in wisselende mate emotionele, denk- en gedragsstoornissen. Vaak vermindert ook het vermogen om iets te leren (cognitief verval). Vroeger werd voor deze aandoening ook de term *dementia praecox* (= *dementie op jonge leeftijd*) gebruikt. Inmiddels is de terminologie belangrijk verfijnd.

Oorzaak

De oorzaak is altijd onderwerp geweest van vele speculaties. Genetische factoren, de jeugdgeving, neurobiologische en psychologische factoren en sociale processen lijken de belangrijkste veroorzakers te zijn. Sommige medicijnen of drugs kunnen de symptomen

ook veroorzaken of verergeren. Actueel onderzoek richt zich vooral op de rol van neurologische processen, hoewel er nog geen precieze biologische oorzaak is gevonden. De vele mogelijke combinaties van symptomen hebben ertoe geleid dat men zich afvraagt of de diagnose betrekking heeft op één stoornis of een aantal afzonderlijke syndromen.

Ondanks de etymologie van de term “schizofrenie” gaat het bij schizofrenie niet om een “gespleten verstand” en is het niet hetzelfde als dissociatieve identiteitsstoornis — ook wel bekend als “meervoudige persoonlijkheidsstoornis” of “gespleten persoonlijkheid” — een aandoening waar schizofrenie door leken vaak mee wordt verward.

Mogelijk bestaat er een genetische verwantschap tussen schizofrenie en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Recent wordt vooral een geïntegreerd kwetsbaarheid-stressmodel gehanteerd. Zowel de genetische relatie tussen schizofrenie en autisme als het aspect van de in principe genetisch identieke tweelingen staan sterk in de belangstelling van onderzoekers vanuit het aspect van copynumbervariaties.

Gevolgen

Onbehandeld is schizofrenie een ziekte die tot veel lijden (bij patiënt en omgeving) kan leiden en invaliditeit kan veroorzaken.

De stoornis heeft niet alleen gevolgen voor de cognitie, maar veroorzaakt meestal ook chronische problemen op het gebied van gedrag en emotie. Mensen met schizofrenie hebben vaak ook last van (comorbide) aandoeningen, zoals depressie en angststoornissen; in bijna 50% van de gevallen is er sprake van middelenmisbruik. Sociale problemen, zoals langdurige werkloosheid, armoede en dakloosheid komen vaak voor. De gemiddelde levensverwachting van mensen met schizofrenie is 12 tot 15 jaar minder dan van andere mensen. Dit wordt veroorzaakt door meer lichamelijke problemen en het vaker voorkomen van zelfmoord (ongeveer 5%).

Behandeling

Het belangrijkste onderdeel van de behandeling is antipsychotische medicatie, die vooral de activiteit van dopamine- (en soms serotonine) receptoren onderdrukt. Psychotherapie, ergotherapie en begeleiding bij terugkeer in de maatschappij zijn ook belangrijke onderdelen van de behandeling. In ernstige gevallen - wanneer er gevaar bestaat voor de patiënt zelf of voor anderen - kan gedwongen opname nodig zijn, hoewel de opname tegenwoordig korter is en minder vaak voorkomt dan vroeger.

6.1.2 Geschiedenis

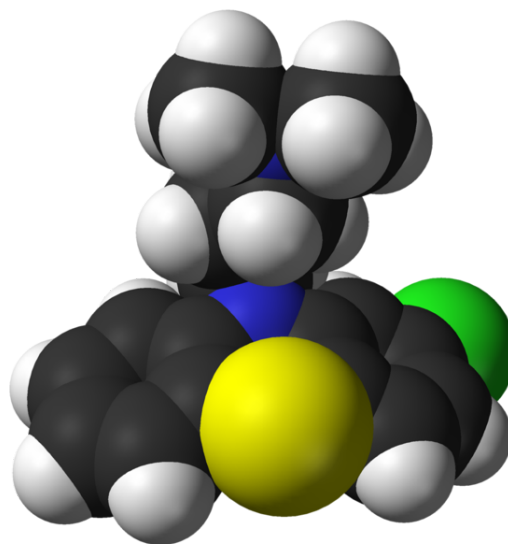
Vóór de 19e eeuw zijn zelden officiële meldingen van schizofrenie-achtige syndromen gerapporteerd, hoewel er wel veel gevallen bekend zijn van irrationeel, onbegrijpelijk of ongecontroleerd gedrag. Een gedetailleerd verslag van een geval uit 1797, James Tilly Matthews, en beschrijvingen door Phillipe Pinel gepubliceerd in 1809 worden vaak beschouwd als de vroegste gevallen van deze aandoening in de medische en psychiatrische literatuur. Schizofrenie is voor het eerst in 1853 beschreven als afzonderlijk syndroom bij tieners en jongvolwassenen door Bénédict Morel onder de naam *démence précoce* (letterlijk 'vroeg dementie'). De term *dementia praecox* werd in 1891 gebruikt door Arnold Pick in een verslag van een geval van een psychotische stoornis. In 1893 heeft Emil Kraepelin in de classificatie van psychiatrische stoornissen een breed nieuw onderscheid geïntroduceerd tussen *dementia praecox* en stemmingsstoornissen (onder de naam manische depressie; hieronder werd zowel unipolaire als bipolaire depressie verstaan). Kraepelin was van mening dat *dementia praecox* primair een hersenaandoening was, en meer specifiek een vorm van dementie, die zich onderscheidde van andere vormen van dementie zoals de ziekte van Alzheimer, die vaak op latere leeftijd ontstaan.

Het woord *schizofrenie* – van de Griekse woorden *schizein* (σχίζειν, “splijten”) en *frēn, fren-* (φρήν, φρεν-, “geest”) kan ruwweg worden vertaald als “gespleten geest” – werd in 1908 voorgesteld door Eugen Bleuler; hij wilde hiermee de scheiding weergeven tussen de verschillende functies van persoonlijkheid, denken, geheugen en waarneming. Bleuler omschreef de belangrijkste symptomen als de 4 A's: vlak *Affect*, *Autisme*, verstoorde *Associatie* van ideeën en *Ambivalentie*. Bleuler beseftte dat de aandoening geen vorm van dementie was omdat sommige van zijn patiënten opknaptten in plaats van achteruitgingen, en stelde daarom de term schizofrenie voor. In de jaren 50 van de twintigste eeuw vond een revolutie plaats wat betreft de behandeling dankzij de ontwikkeling en introductie van chloorpromazine.

In het begin van de jaren 70 van de twintigste eeuw was er veel verschil van mening rond de diagnostische criteria voor schizofrenie. Dit leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van de operationele criteria die tegenwoordig worden



De term schizofrenie werd voor het eerst voorgesteld door Eugen Bleuler.



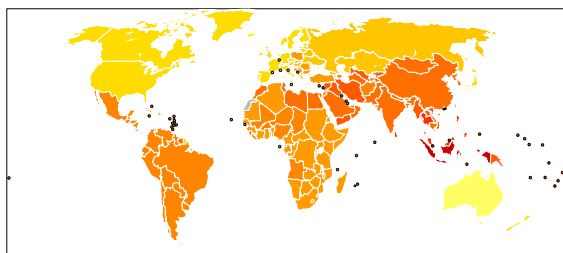
Molecuul van chloorpromazine, een middel dat in de jaren 50 van de twintigste eeuw een revolutie in de behandeling van schizofrenie veroorzaakte

gebruikt. Bij een groot diagnostisch onderzoek in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten in 1971 werd duidelijk dat in Amerika veel vaker de diagnose schizofrenie werd gesteld dan in Europa. Dit had deels te maken

met minder strikte diagnostische criteria in de VS, waar gebruik werd gemaakt van het handboek *DSM-II*, terwijl in Europa de *ICD-9* werd gebruikt. David Rosenhan concludeerde in zijn onderzoek uit 1972, gepubliceerd onder de titel "On being sane in insane places" in het tijdschrift *Science*, dat de diagnose van schizofrenie in de VS vaak subjectief en onbetrouwbaar was. Deze vaststelling, samen met andere factoren, leidde niet alleen tot een herziening van de diagnose *schizofrenie* maar ook tot de herziening van het hele *DSM*-handboek en uiteindelijk tot de publicatie van de *DSM-III* in 1980.

Een veel voorkomend misverstand is dat met de term schizofrenie wordt aangegeven dat mensen een "gespleten persoonlijkheid" hebben. Hoewel sommige mensen met schizofrenie stemmen horen die ze kunnen ervaren als andere persoonlijkheden, betekent schizofrenie niet dat iemand afwisselend verschillende persoonlijkheden aanneemt. De verwarring is deels afkomstig van een letterlijke interpretatie van Bleuler's term schizofrenie. (Bleuler bracht schizofrenie aanvankelijk in verband met dissociatie (verstoring van de gewoonlijk op elkaar afgestemde functies van bewustzijn, geheugen, identiteit en/of waarneming van de omgeving) en bracht "gespleten persoonlijkheid" onder in de categorie schizofrenie.) Ook werd dissociatieve identiteitsstoornis (het hebben van een "gespleten persoonlijkheid") vaak ten onrechte gediagnosticeerd als schizofrenie op basis van de weinig strikte criteria in de *DSM-II*. Voor zover bekend werd de term voor het eerst foutief gebruikt in de betekenis van "gespleten persoonlijkheid" in een artikel van de dichter T. S. Eliot in 1933.

6.1.3 Demografische data



Levensjaren gecorrigeerd voor beperkingen voor mensen met schizofrenie per 100.000 inwoners in 2004.

Ongeveer 1% van de mensen wordt op enig moment in hun leven getroffen door schizofrenie,^{[1][2]} wat in 2011 neerkwam op 24 miljoen mensen wereldwijd. Afhankelijk van hoeveel mildere gevallen van schizofrenie worden meegerekend varieert deze schatting licht. De gerapporteerde prevalentie van schizofrenie neemt sinds het midden van de 20ste eeuw in veel landen af, al is het niet zeker of dit niet te wijten is aan de veranderde criteria voor diagnose.

Schizofrenie komt in alle etnische groepen en over de hele wereld voor. Het komt om onbekende redenen wel vaker

voor in de stad dan op het platteland.^[3] Daarnaast komt het 10 tot 100 keer vaker voor in de Verenigde Staten en Europa dan in derdewereldlanden.^[4] Dit verschil is deels toe te schrijven aan de betere vastlegging van diagnoses in ontwikkelde landen, maar er zijn ook andere mogelijke oorzaken, waaronder sociale steun en eetgewoontes. Een dieet dat rijk is aan suiker en verzadigde vetten verergert schizofrenie, terwijl een dieet dat rijk is aan vis (omega 3-vetten) het juist vermindert.^[5] De ziekte is wereldwijd verantwoordelijk voor ongeveer 1% van de voor beperkingen gecorrigeerde levensjaren.

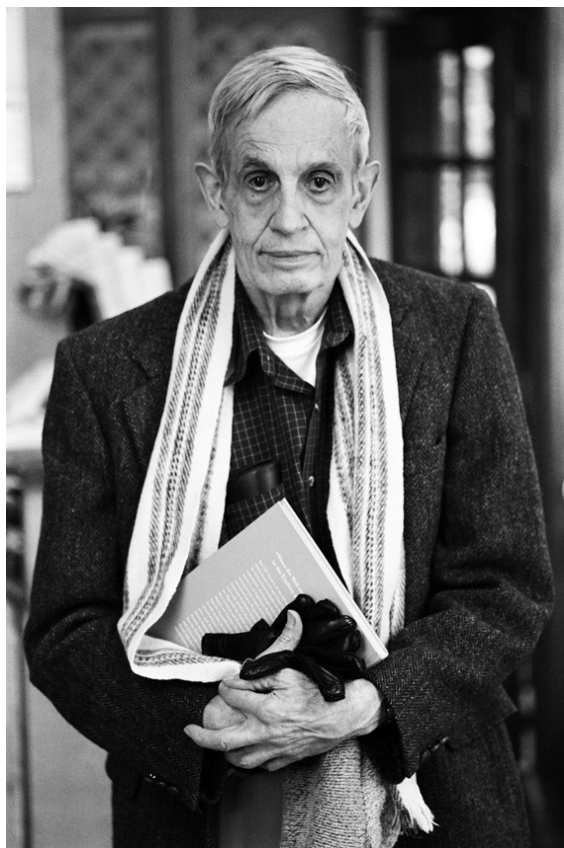
Schizofrenie komt 1,4 keer zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Daarnaast is het ernstiger bij mannen en treedt het op jongere leeftijd op, meestal in de tienerjaren of vroeg in de twintig bij mannen en laat in de twintig bij vrouwen.^[6] Schizofrenie bij kinderen komt veel minder vaak voor, net als het ontstaan van schizofrenie op middelbare of oudere leeftijd.

Onderzoekers hebben een aantal opvallende, onverklaarbare eigenaardigheden vastgesteld van schizofrenie:

- Schizofrenie komt significant minder vaak voor dan gemiddeld bij mensen met diabetes type 1 (wat in de kindertijd ontstaat), hoewel het juist vaker dan gemiddeld voorkomt bij mensen met diabetes type 2 (wat op latere leeftijd ontstaat).^[7]
- Mensen met schizofrenie hebben een verhoogd risico op darmkanker maar een verlaagd risico op longkanker en hersentumoren.^[8]
- Mensen met schizofrenie ontwikkelen zelden reumatoïde artritis.^[9]
- Vrouwen die tijdens de zwangerschap een schizofrenie aanval krijgen, krijgen normaal gesproken dochters. Vrouwen die vlak na de bevalling een aanval krijgen, hebben vaak een zoon gekregen.^[10]
- Veel mensen met schizofrenie hebben een karakteristieke lichaamsgeur, die te wijten is aan de chemische stof trans-3-methyl-2-hexeenzuur, en een verminderd vermogen om de geur van die stof zelf te ruiken.^[11]
- De meeste mensen met schizofrenie en veel van hun familieleden die daar zelf niet aan lijden hebben moeite om bewegende objecten met hun ogen te volgen.^[12]

6.1.4 Diagnose

De diagnose schizofrenie wordt gesteld op basis van de criteria uit ofwel de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-5*) van de American Psychiatric Association, of de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (*ICD-10*) van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze criteria zijn



John Nash, een Amerikaanse wiskundige en in 1994 medewinnaar van de Nobelprijs voor de Economie, was schizofreen. Zijn leven is in 2001 verfilmd in het Oscarwinnende A Beautiful Mind.

gebaseerd op door patiënten zelf gemelde ervaringen en door andere gemelde afwijkingen in hun gedrag, gevolgd door een klinische beoordeling door een psychiater. In Europa wordt over het algemeen uitgegaan van de criteria volgens de ICD-10, terwijl in de VS en de rest van de wereld de DSM wordt gebruikt. Ook in wetenschappelijk onderzoek wordt meestal uitgegaan van dit laatste instrument. In de ICD-10 wordt meer nadruk gelegd op de door Schneider gedefinieerde symptomen van de eerste orde. In de praktijk komen de twee systemen echter sterk overeen.

De symptomen van schizofrenie komen op een glijdende schaal voor onder de algehele bevolking en moeten dan ook een bepaalde mate van ernst bereiken voordat de diagnose schizofrenie wordt gesteld. Er is nog geen objectieve test beschikbaar.

Symptomen

Mensen die aan schizofrenie lijden, hebben één of meerdere psychosen doorgemaakt. Een dergelijke periode kan enkele dagen tot vele jaren duren. Een psychose kan zeer heftig verlopen, waarbij de persoon vaak behalve verward ook heel druk is. Dit wordt ook wel een acute psychose

genoemd. Als een psychose langer duurt, verloopt deze meestal rustiger. We noemen dit een chronische psychose.

De meest kenmerkende symptomen van schizofrenie zijn de hallucinaties (meestal stemmen horen), wanen (vaak bizar van aard of achtervolgingswanen) en chaotisch denken en spreken. Dit laatste kan variëren van de draad van het gesprek kwijt raken, tot zinnen die nog maar nauwelijks iets met elkaar te maken hebben, en in ernstige gevallen tot onsamenhangende spraak die bekend staat als 'wortsalat' (logorroë). Sociaal teruggetrokken gedrag, slordigheid in kleding en hygiëne, desinteresse en verminderd oordeelsvermogen horen ook bij schizofrenie.

Vaak is er ook sprake van een zichtbaar patroon van emotionele problemen, bijvoorbeeld het niet reageren op andere mensen. Verstoorde sociale cognitie wordt in verband gebracht met schizofrenie, net zoals symptomen van paranoia. Sociale isolatie komt vaak voor. Problemen met het werkgeheugen en het langetermijngeheugen, aandacht, uitvoerende functies en de snelheid van informatieverwerking komen ook voor. Bij een niet veel voorkomend subtype kan het voorkomen dat de patiënt vrijwel niets zegt, bewegingloos in een bizarre houding blijft of doelloze opwindning ten toon spreidt, allemaal tekenen van katatonie.

Schizofrenie begint vaak in de late puberteit of jongvolwassenheid, tijdens de belangrijkste jaren van de sociale ontwikkeling en de beroepskeuze. Bij 40% van de mannen en 23% van de vrouwen met schizofrenie is de ziekte vóór het 19e levensjaar tot uiting gekomen. Om de verstoring van de ontwikkeling veroorzaakt door schizofrenie te beperken, wordt er hard gewerkt aan het identificeren en behandelen van de prodromale (voorboede) fase van de ziekte, die al tot 30 maanden vóór het zichtbaar worden van de symptomen is opgespoord. Degenen bij wie de schizofrenie doorzet, kunnen in de prodromale fase voorbijgaande psychotische symptomen krijgen, en specifieke symptomen als sociale teruggetrokkenheid, prikkelbaarheid, dysforie en onhandigheid.

Uit MRI scans van hersenen zijn indicaties dat personen met schizofrenie een kleinere hippocampus, amygdala, thalamus, nucleus accumbens en intracranial space en grotere globus pallidus en ventrikelvolumes hebben.^[13]

Positieve en negatieve symptomen Schizofrenie wordt vaak beschreven in termen van positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen duiden op de aanwezigheid van ongebruikelijke percepties, gedachten en gedragingen zoals wanen en hallucinaties. Negatieve symptomen duiden op de afwezigheid of een gebrek in bepaalde gedragsdomeinen zoals energieverlies, geen plezier meer in dingen kunnen hebben (anhedonie) en lusteloosheid.

Positieve symptomen zijn symptomen die de meeste mensen normaal niet hebben, maar die voorkomen bij mensen

met schizofrenie. Hierbij kan het gaan om wanen, wanordelijke gedachten en spraak en hallucinaties op het gebied van de tast, het gehoor, het zien, de geur en de smaak, symptomen die meestal worden gezien als uitingen van een psychose. Hallucinaties houden meestal ook verband met de inhoud van de ervaren wanen. Positieve symptomen reageren gewoonlijk goed op medicatie.

Bij negatieve symptomen gaat het om stoornissen in normale emotionele reacties of andere denkprocessen. Het gaat hierbij vaak om afgevlakt affect en emotie, spraakarmoede (alogie), onvermogen om plezier te beleven (anhedonie), het ontbreken van de wens om sociale contacten aan te gaan (asocialiteit) en gebrek aan motivatie (avolitie). Onderzoek duidt erop dat negatieve symptomen meer dan positieve symptomen bijdragen aan een slechte kwaliteit van leven, functioneel onvermogen en belasting van anderen. Negatieve symptomen reageren vaak minder goed op medicatie. Voor de nieuwere atypische antipsychotica geldt dat zij wellicht^[14] effectiever zijn in de bestrijding van negatieve symptomen, vergeleken met de klassieke middelen.^[15] Mensen die veel last hebben van negatieve symptomen hebben vaak een voorgeschiedenis van onaangepast gedrag voordat de ziekte tot uiting komt.

Kenmerkend aan schizofrenie is dat het een progressief proces is waarbij episodes met positieve symptomen elkaar opvolgen, waarbij hoe meer dergelijke episodes worden doorgemaakt des te meer negatieve symptomen bepalend worden voor het welzijn van de patiënt. Met andere woorden; hoe meer psychotische episodes de patiënt doormaakt, hoe ernstiger de affectieve vervlakking wordt.

Enkele voorbeelden van symptomen

Enkele voorbeelden van symptomen die zich kunnen voordoen tijdens het dagelijks leven^[16]

- Op een voor de ander onbegrijpelijke manier angstig of in de war zijn.
- Er niet in slagen om in werk, studie of hobby te presteren wat er normaal gesproken van hem of haar verwacht kan worden.
- Beweren te praten met en luisteren naar denkbeeldige, niet werkelijk aanwezige personen.
- Verhalen verzinnen over complotten of geheime organisaties en daarin soms het eigen gezin of de partner betrekken.
- Vreemd lopen of bewegen, op een dergelijke manier dat anderen zich er ongemakkelijk bij voelen.
- Onvoorspelbare woede-uitbarstingen hebben.
- De hele dag in bed liggen, maar 's nachts door het huis spoken of in de stad ronddwalen.
- Geen vrienden maken of hooguit korte oppervlakkige contacten hebben.
- Zeggen iemand anders te zijn.
- Zeggen dat anderen gedachten uit zijn/haar hoofd kunnen lezen of er juist gedachten inbrengen.
- Gebrek aan concentratie, niet (fulltime) kunnen werken.
- Veel slaap hebben, of juist slapeloosheid.
- Het idee hebben dat anderen niet te vertrouwen zijn.
- Emotioneel erg gevoelig zijn.
- Veel moeite hebben om zich te verzorgen; zichzelf verwaarlozen.

Classificatie volgens DSM en ICD-10

De DSM-IV-TR beschrijft vijf subcategorieën van schizofrenie, hoewel de ontwikkelaars van de DSM-5 (de vijfde editie van deze uitgave) aanbevelen deze uit de nieuwe classificatie te verwijderen:

- *Katatoon*: bij deze vorm van schizofrenie kan de patiënt vrijwel onbeweeglijk zijn of juist geagiteerde, doelloze bewegingen maken. Voorbeelden van symptomen zijn stupor en *flexibilitas cerea* (wasachtige buigzaamheid). (DSM-code 295.2/ICD-code F20.2)
- *Gedesorganiseerd*, in de ICD *hebefrene schizofrenie* genoemd: gedesorganiseerd en primitief gedrag en taalgebruik, soms afwijkingen van het affect. (DSM-code 295.1/ICD-code F20.1)
- *Paranoïde*: Hierbij is wel sprake van wanen of gehoorshallucinaties, maar het affectief en cognitief functioneren blijft meestal intact. De wanen zijn vaak achtervolgings- en/of grootheidswanen, maar ook jaloersheidswanen, religieuze wanen en lichamelijke wanen komen voor. (DSM-code 295.3/ICD-code F20.0)
- *Ongedifferentieerd*: er is voldaan aan de hoofdcriteria, maar deze zijn niet katatoon, paranoïde of gedesorganiseerd van aard. (DSM-code 295.9/ICD-code F20.3)
- *Schizofrene restoestand*: geen op de voorgrond tredende wanen, hallucinaties of afwijkend gedrag, maar bijvoorbeeld wel vreemde overtuigingen of afwijkende zintuiglijke waarnemingen. (DSM-code 295.6/ICD-code F20.5)

In de ICD-10 worden ook nog de volgende twee subtypes onderscheiden:^[17]

- Postschizofrene depressie: een depressieve episode in aansluiting op een schizofrene periode, waarbij een aantal symptomen van schizofrenie nog in lichte mate voorkomen. (ICD-code F20.4)
- Schizofrenia simplex: hierbij komen opvallende negatieve symptomen sluipenderwijs steeds meer voor terwijl er geen sprake is van een voorgeschiedenis met psychotische episodes. (ICD-code F20.6)

Classificatie volgens Schneider

In het begin van de 20e eeuw maakte de psychiater Kurt Schneider een lijst van psychotische symptomen, waarvan hij dacht dat die schizofrenie onderscheiden van andere psychotische aandoeningen. Deze worden *symptomen van de eerste orde* of *Schneider's symptomen van de eerste orde* genoemd. Deze symptomen omvatten de waan dat je wordt gestuurd door een externe kracht, de overtuiging dat gedachten in je bewuste geest worden geplant of er uit worden verwijderd, de overtuiging dat je gedachten worden uitgezonden naar andere mensen, en het horen van stemmen die commentaar geven op je gedachten of je daden of die een gesprek hebben met andere hallucinatoire stemmen. Hoewel zij een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de huidige diagnostische criteria, wordt de specificiteit van de symptomen van de eerste orde in twijfel getrokken. Een bespreking van diagnostische wetenschappelijke onderzoeken, uitgevoerd tussen 1970 en 2005, laat zien dat de claims van Schneider noch bevestigd, noch ontkracht kunnen worden en geeft als aanbeveling dat de symptomen van de eerste orde minder aandacht moeten krijgen in toekomstige herzieningen van diagnostische systemen.

Differentiële diagnostiek

Psychotische symptomen kunnen voorkomen bij diverse andere geestesziekten, zoals bipolaire stoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, geneesmiddelvergiftiging en door drugs veroorzaakte psychoses. Wanen (van het 'niet bizarre' type) komen ook voor bij waanstoornissen, en sociale terugtrekking zien we ook bij mensen die lijden aan sociale fobie, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Schizofrenie komt zo vaak voor in combinatie met een obsessieve-compulsieve stoornis dat van puur toeval geen sprake kan zijn, alhoewel het lastig kan zijn om de obsessies bij een obsessieve-compulsieve stoornis te onderscheiden van de wanen die bij schizofrenie voorkomen.

Soms is een meer algemeen medisch en neurologisch onderzoek nodig om bepaalde medische ziekten uit te sluiten die in zeldzame gevallen op schizofrenie lijkende symptomen kunnen veroorzaken, zoals metabole stoornis, systemische infecties, syfilis, besmetting met het hiv-virus, epilepsie en beschadigd hersenweefsel. Mogelijk

moet een delier worden uitgesloten. Een delier kenmerkt zich door visuele hallucinaties, een acuut begin en een wisselend bewustzijnsniveau, en duidt op een onderliggende medische aandoening. Bij terugval worden onderzoeken meestal niet herhaald, tenzij er een specifiek medische indicatie is of als er mogelijk sprake is van bijwerkingen van antipsychotica.

6.1.5 Prognose

De gemiddelde levensverwachting van patiënten ligt 12 tot 15 jaar lager dan die van gezonde mensen. Dit komt met name doordat de ziekte vaak voorkomt in combinatie met obesitas, een veelal zittend bestaan en roken. Het grotere risico op zelfmoord speelt een minder grote rol. Deze verschillen in levensverwachting zijn tussen de jaren zeventig en negentig van de vorige eeuw toegenomen, waarna ze tussen 1990 en 2010 in een gezondheidssysteem met vrije toegang tot gezondheidszorg (Finland) ongeveer gelijk bleven.

Schizofrenie is een belangrijke oorzaak van handicaps. Actieve psychose is de op twee na meest invaliderende stoornis, na tetraplegie en dementie en nog vóór dwarslaesie en blindheid. Ongeveer driekwart van de mensen die aan schizofrenie lijden, is door de terugvallen blijvend gehandicapt. Sommige mensen herstellen echter volledig en ook anderen kunnen soms prima functioneren in de maatschappij. De meeste schizofreniepatiënten wonen met maatschappelijke ondersteuning op zichzelf. De langetermijnprognose na een eerste psychotische episode is voor 42% van de patiënten goed, voor 35% gemiddeld en voor 27% slecht. De prognoses voor schizofreniepatiënten lijken in ontwikkelingslanden beter te zijn dan in de ontwikkelde wereld, maar hierbij worden ook vraagtekens gesteld.

Schizofrenie gaat gepaard met een bovengemiddeld hoog suïcidepercentage. De oorspronkelijke schatting lag op 10%, maar in een meer recente analyse van onderzoeken en statistieken is dit getal bijgesteld naar 4,9%. De meeste zelfmoorden worden gepleegd in de periode na het ontstaan van de ziekte of de eerste opname. Meer patiënten (20 tot 40%) wagen één of meer zelfmoordpogingen.

Er zijn aanwijzingen dat de kansen voor mensen met paranoïde schizofrenie om zelfstandig te leven en goed te functioneren op het werk beter zijn dan voor mensen met andere typen schizofrenie.

Geweld

Mensen met een ernstige psychiatrische stoornis zoals schizofrenie lopen een aanzienlijk grotere kans om slachtoffer te worden van een misdrijf, zowel geweldsmisdrijven als misdrijven zonder geweld. Omgekeerd is schizofrenie ook wel in verband gebracht met een hoger percentage gewelddaden, hoewel de oorzaak hiervan met

name ligt in hogere percentages **drugsgebruik**. Percentages **doodslag** waarvan een verband bestaat met psychosen zijn vergelijkbaar met die verbonden met drugsgebruik en houden gelijke tred met de totale percentages per gebied. De meningen lopen uiteen over de rol van schizofrenie bij het gebruik van geweld dat niet samenhangt met drugsgebruik, maar mogelijk zijn bepaalde aspecten van de persoonlijke geschiedenis of de psychische toestand van invloed.

Nieuws over schizofrenie in de media heeft vaak te maken met zeldzame maar ongebruikelijke gewelddadige gebeurtenissen. Wellicht daardoor gaf in 1999 in een representatieve steekproef 12,8% van de Amerikanen aan dat ze geloofden dat het “heel waarschijnlijk” was dat mensen met schizofrenie geweld tegen anderen zouden gebruiken, en zei 48,1% te denken dat dit “enigszins waarschijnlijk” was. Meer dan 74% zei dat mensen met schizofrenie “niet erg goed in staat” of “helemaal niet in staat” waren om te beslissen over hun eigen behandeling, en 70,2% was dezelfde mening toegedaan over beslissingen over het omgaan met geld. Uit een analyse van meerdere wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat tegenwoordig twee keer zo veel mensen als rond 1950 denken dat psychotische mensen gewelddadig zijn.

6.1.6 Ziekteverloop

Schizofrenie verloopt in fasen. De duur van elke fase varieert van persoon tot persoon. Het gaat om de volgende fasen: de prodromale fase, de acute fase/psychotische fase en de herstelfase/stabiele fase.

De prodromale fase of de *voorfase* is de periode die voorafgaat aan de eerste psychose. Deze fase kan heel kort duren (enkele dagen), of heel lang (soms een aantal jaren). De *ziekte* heeft zich in deze fase nog niet geheel ontwikkeld, maar er zijn wel enkele voortekenen. Deze vroege symptomen zijn soms vaag en nauwelijks op te merken. Zo kunnen er veranderingen zijn in de manier waarop mensen hun gevoelens, gedachten en ervaringen beschrijven. Er treden dus veranderingen op allerlei gebieden op (gevoelens, gedachten, waarneming en lichamelijke functies) maar de persoon ervaart nog geen echte psychotische symptomen als wanen, hallucinaties en denkstoornissen.

Tijdens de *acute fase/psychotische fase* treden de kenmerkende psychotische symptomen op de voorgrond. We hebben het dan over wanen, denkstoornissen en hallucinaties. Naast deze symptomen is er ook vaak sprake van *stemmingsstoornissen*, *gedragsstoornissen* en *slaapproblemen*. Deze fase houdt meestal aan totdat met de juiste behandeling wordt begonnen. Een psychotische fase duurt ongeveer drie maanden tot een half jaar. De meeste patiënten kennen meerdere psychotische fasen met daartussen een herstel- of stabiele fase.

Ook in de *herstelfase/stabiele fase* is er vaak nog een aantal symptomen aanwezig. Deze zijn echter veel minder heftig en opvallend dan tijdens een actieve psychose. Het

zijn vooral verschijnselen van minder goed en trager psychisch functioneren. Patiënten trekken zich terug en vertonen weinig of geen *initiatief*. In zo'n 20% van de gevallen blijven na één of meer psychotische fasen wanen, hallucinaties en verwardheid bestaan.

6.1.7 Oorzaken en risicofactoren

Bij het ontstaan van schizofrenie speelt een combinatie van genetische factoren en omgevingsfactoren een rol. Bij mensen met een familiegeschiedenis van schizofrenie, die een voorbijgaande psychose krijgen, wordt in 20–40% van de gevallen een jaar later de diagnose schizofrenie gesteld.

Ook bij eenenige tweelingen (die dezelfde genen hebben) bestaat echter geen volledige concordantie (als de ene helft van een tweeling het heeft, heeft de andere het in 50-70% van de gevallen ook), wat een aanwijzing is dat naast de erfelijkheid ook de omgeving een rol kan spelen in het ontstaan van de ziekte.

Belangrijke risicofactoren zijn onder meer: mannelijk geslacht, depressie en een hoog IQ.^[18]

Genetische factoren

Schattingen van *erfelijkheid* lopen uiteen omdat het moeilijk is om de genetische invloeden en de omgevingsinvloeden te scheiden. De grootste risicofactor voor het krijgen van schizofrenie is het hebben van een *bloedverwant* in de eerste graad die schizofrenie is (risico is 6,5%); meer dan 40% van de *eeneiige tweelingen* krijgt schizofrenie als de ander het ook heeft. Er zijn waarschijnlijk vele *genen* bij betrokken, waarbij elk gen een klein effect heeft en niet duidelijk is hoe ze worden overgedragen en tot uiting komen. Er zijn veel mogelijke kandidaten voorgesteld, waaronder bepaalde *copynumbervariaties*, *NOTCH4* en plaatsen in chromosomen waar zich histoneiwitten bevinden. Een aantal *genoombrede associaties* zoals *zinkvingerewit 804A* zijn ook in verband gebracht met schizofrenie. Er lijkt een grote overlap te zijn tussen de genetica van schizofrenie en *bipolaire stoornis*.

Aangenomen dat er een erfelijke basis is, stelt de *ontwikkelingspsychologie* de vraag waarom er genen zijn ontstaan die de kans op psychoses vergroten, omdat deze aandoening vanuit evolutionair gezichtspunt een *maladaptatie* is. Een van de theorieën stelt dat er genen bij betrokken zijn die met de evolutie van taal en de *menselijke aard* te maken hebben, maar tot op heden zijn dit niet meer dan theoretische ideeën.

Risico op het krijgen van schizofrenie voor familieleden van een patiënt:^[19]

- Eeneiige tweeling 48%
- Tweeling 17%

- Kind 13%
- Broer/zus 9%
- Ouder 6%
- Oom/tante/neef/nicht 2%
- Baseline 1% Baseline; het risico op het ontwikkelen van schizofrenie voor een willekeurig persoon, of anders geformuleerd: het percentage van de wereldbevolking met schizofrenie.

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren die in verband zijn gebracht met het ontstaan van schizofrenie zijn de leefomgeving, drugsgebruik en prenatale stress. Opvoeding lijkt niet van grote invloed te zijn, hoewel mensen die stimulerende ouders hebben zich beter ontwikkelen dan mensen met kritische of vijandige ouders. Aangetoond is dat het leven in een stedelijke omgeving tijdens de jeugd of als volwassene de kans op schizofrenie verdubbelt, zelfs als rekening wordt gehouden met drugsgebruik, etniciteit en de grootte van de sociale groep. Andere factoren die van belang zijn, zijn sociale isolatie en emigratie vanwege maatschappelijke tegenspoed, rassendiscriminatie, disfunctioneren van het gezin, werkloosheid en slechte huisvesting.

Drugsgebruik Een aantal drugs worden in verband gebracht met het ontstaan van schizofrenie, waaronder cocaïne en amfetamines. Ongeveer de helft van de mensen die lijden aan schizofrenie gebruiken veel drugs en/of alcohol. Cannabis zou schizofrenie kunnen veroorzaken, maar andere drugs worden waarschijnlijk alleen gebruikt om met depressie, angst, verveling en eenzaamheid om te kunnen gaan.

Cannabis is in verband gebracht met een stijging van het risico op het vervroegd ontwikkelen van een psychotische stoornis maar niet de oorzaak: . Het gebruik van amfetamine, cocaïne en, in mindere mate, alcohol kan leiden tot een psychose die sterk lijkt op schizofrenie.

Overige omgevingsfactoren

- Hogere leeftijd van de vader^[20]
- Geboorte in de winter of voorjaar^[21]
- Wonen op een hogere breedtegraad^[21]
- Geboren worden en opgroeien in een stedelijke omgeving geeft een bijna drie maal zo grote kans als leven op het platteland.
- Infectie met een specifieke microbe:
 - rubella infectie rondom de geboorte^[22]
 - enterovirus infectie kort na de geboorte^[23]

- herpesvirus infectie van de moeder^[24]
- Toxoplasma gondii^[25]

- Complicaties bij de geboorte:^[26]
 - trauma
 - hypoxie (zuurstof-tekort)

Een omgevingsfactor die herval in een psychotische toestand kan uitlokken is het niveau van **expressed emotion** (kritiek, vijandigheid of emotionele overbetrokkenheid) van de familieleden. Dit is geen oorzaak van schizofrenie, maar wel een factor waarvan duidelijk is aangetoond dat die versneld herval uitlokt.

Roken Hoewel nicotine niet bekend staat als veroorzaker van schizofrenie, is er in verschillende wereldwijde onderzoeken een sterk verband aangetoond tussen schizofrenie en roken. Het gebruik van sigaretten is bijzonder hoog onder mensen bij wie schizofrenie geconstateerd is: naar schatting rookt 80% tot 90% regelmatig, vergeleken met 20% van de algehele bevolking. Degenen die roken zijn vaak zware rokers en gebruiken bovendien sigaretten met een hoog nicotinegehalte.

Ontwikkelingsfactoren Factoren als hypoxie en infecties kunnen, net als stress en ondervoeding bij de moeder tijdens de zwangerschap, het risico op schizofrenie op latere leeftijd licht verhogen. Schizofreniepatiënten worden (althans op het noordelijk halfrond) vaker in de winter of lente geboren, wat te maken zou kunnen hebben met een verhoogde blootstelling aan virussen tijdens de zwangerschap. Het verschil is ongeveer 5 tot 8%.

Overige risicofactoren

Overige bevindingen van hersenonderzoek:^[26]

- Vergroting van de zijventrikels.
- Afname van de grijze stof in de hersenschors als geheel, maar met name in frontale en temporale gebieden in de hersenen. Dit kan echter ook veroorzaakt worden door antipsychotica.^[26]
- Defecte GABA-interneuronen. Een van de meest gerepliceerde bevindingen.

Naast bovenstaande potentiële oorzaken van schizofrenie, zijn er ook factoren die een psychotische episode kunnen uitlokken of de ziekte verergeren bij iemand die al schizofrenie is. Bij iemand met een aanleg voor het ontwikkelen van schizofrenie kunnen zij de trekkerfunctie hebben voor het krijgen van de aandoening.

- stress (waaronder: ingrijpende gebeurtenissen, ongunstige sociale omstandigheden zoals werkloosheid)

- hallucinogenen
- cannabis
- alcohol (met name met betrekking tot de negatieve symptomen)
- Er is een sterke correlatie gevonden tussen schizofrenie en epilepsie. Ze zijn aan elkaar verbonden. Mensen met epilepsie hebben een 8 keer grotere kans om schizofrenie te ontwikkelen. Mensen met schizofrenie hebben een zes keer grotere kans op epilepsie.^[27]

6.1.8 Mechanismen

Er is al meerdere malen gezocht naar verklaringen voor de samenhang tussen schizofrenie en een veranderde werking van de hersenen. Een van de populairste theorieën is de **dopamine-hypothese**, die stelt dat psychoses het gevolg zijn van een onjuiste interpretatie door de hersenen van foutieve afgifte van signalen door **dopaminerge neuronen**.

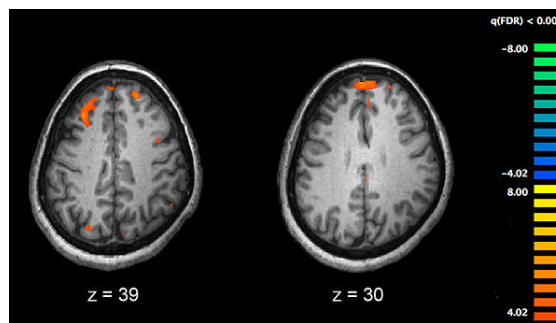
Psychologische factoren

Er zijn al vele psychologische mechanismen genoemd als oorzaken voor het ontstaan en blijven bestaan van schizofrenie. Mensen met schizofrenie of een verhoogd risico op deze ziekte maken vaak **cognitieve fouten**, vooral in gespannen of verwarrende situaties. Sommige cognitieve kenmerken kunnen een weerspiegeling zijn van algemene **neurocognitieve stoornissen**, zoals geheugenverlies, terwijl andere te maken kunnen hebben met specifieke problemen en ervaringen.

Hoewel mensen met schizofrenie vaak weinig emotie vertonen, oftewel een 'afgevlakt affect' hebben, is recent aangetoond dat veel schizofrene mensen wel degelijk emotioneel kunnen reageren, met name op stressvolle of negatieve prikkels, en dat deze gevoeligheid kan leiden tot ontvankelijkheid voor symptomen of de ziekte zelf. Er zijn aanwijzingen dat de inhoud van waanideeën en psychotische ervaringen weergaven kunnen zijn van de emotionele oorzaken van de ziekte, en dat hoe iemand deze ervaringen interpreteert van invloed kan zijn op de symptomen. Het aannemen van "**veilig gedrag**" om ingebeelde bedreigingen te vermijden kan er mede voor zorgen dat de wanen **chronisch** worden. Ook de effecten van **psychotherapie** op de symptomen van schizofrenie wijzen erop dat psychologische mechanismen een rol spelen bij de ziekte.

Neurologische factoren

Schizofrenie gaat gepaard met subtiele verschillen in hersenstructuren (in 40 tot 50% van alle gevallen) en



Met functionele MRI (fMRI) en andere neurologische beeldvormende technieken kunnen verschillen in hersenactiviteit bij mensen met schizofrenie worden bestudeerd. Deze afbeelding toont twee niveaus van de hersenen tijdens fMRI-onderzoek van het werkgeheugen. De gebieden die actiever zijn bij gezonde proefpersonen dan bij schizofreniepatiënten zijn rood gemarkeerd.

in de hersenchemie tijdens acute psychoses. Wetenschappelijk onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van **neuropsychologische tests** en **neurologische beeldvorming** zoals **fMRI** en **PET** om functionele verschillen in hersenactiviteiten te bestuderen, heeft uitgewezen dat deze verschillen zich vooral lijken voor te doen in de **voorhoofdkwab**, de **hippocampus** en de **slaapkwabben**. Er zijn gevallen bekend van afname in hersenvolume (minder sterk dan in het geval van de **ziekte van Alzheimer**) rond de frontale cortex en de slaapkwabben. Het is echter niet zeker of een dergelijke volume-afname progressief is of al bestond voordat de ziekte zich openbaarde. Deze verschillen worden ook wel toegeschreven aan de **neurocognitieve stoornissen** waarmee schizofrenie vaak gepaard gaat. Aangezien er sprake is van veranderingen in de neurale circuits, wordt ook wel verondersteld dat schizofrenie moet worden beschouwd als een verzameling **neurologische ontwikkelingsstoornissen**.

- **Dopaminehypothese.** De invloedrijke dopaminehypothese van schizofrenie stelt dat overmatige activering van **D₂-receptoren** de oorzaak is van (de positieve symptomen van) schizofrenie. Samengevat komt het hierop neer: In de **mesocortex** is een tekort aan dopamine dat de **D1- en D2-receptoren** moet stimuleren. Dit heeft tot gevolg dat de respons van deze neuronen, onder invloed van de neurotransmitter **glutamaat** afneemt. Dit leidt ertoe dat de stimulatie van prefrontale D1-receptoren afneemt, en dit zou een verklaring kunnen zijn voor het ontstaan van de negatieve symptomen en **cognitieve problemen**.

In een later stadium, en episodisch optredend doet zich het volgende voor: hyperactiviteit van het **mesolimbische dopaminesysteem** leidt tot hyperstimulatie van postsynaptische **D2-receptoren** en het optreden van positieve symptomen.^[26]

De dopaminefunctie in het mesolimbische cir-

cuit van de hersenen is met name in de schijnwerpers komen te staan na de toevallige ontdekking dat **fenothiazinebevattende** geneesmiddelen, die de werking van dopamine tegen gaan, psychotische symptomen konden verlichten. Dit wordt ook ondersteund door het feit dat amfetaminen, die de afgifte van dopamine stimuleren, de psychotische symptomen van schizofrenie kunnen verergeren. Deze theorie bleef 20 jaar lang gebaseerd op het D₂-blokkerende effect van alle antipsychotische middelen, en pas halverwege de jaren negentig is ondersteunend bewijs geleverd in onderzoeken waarin gebruikgemaakt werd van PET- en SPET-technieken. De dopamine-hypothese wordt nu beschouwd als simplistisch, ook omdat nieuwere antipsychotische geneesmiddelen (**atypische antipsychotica**) even effectief kunnen zijn als oudere medicijnen (**typische antipsychotica**), maar ook de werking van serotonine beïnvloeden en een iets minder sterk dopamine-blokkerend effect kunnen hebben.

Ook heeft onderzoek met PET laten zien dat bij niet gemediceerde patiënten vergeleken met normale proefpersonen sprake was van een verhoogde dopamine-opname in het striatum tijdens afname van de **Wisconsin test (WCST)**. Deze test spreekt vooral de gebieden in de **prefrontale cortex** aan. Bij patiënten ging de verhoogde dopamineproductie tijdens testafname bovendien samen met een verminderde activatie van de prefrontale cortex [28]. Deze auteurs veronderstellen dus dat de abnormale dopamineproductie in schizofrenen niet oorzaak maar gevolg is van een verlaagd activatieniveau van de prefrontale hersenen. Het primaire defect bij schizofrenie is volgens deze theorie de verminderde inhibitie vanuit de prefrontale gebieden, leidend tot hyperactiviteit van de dopaminerge banen [29]

Het dopaminerge systeem is onderdeel van een complexer systeem in de hersenen. De neurotransmitters glutamaat, acetylcholine en serotonine spelen eveneens een rol bij schizofrenie. Dit blijkt onder andere uit het werkingsmechanisme van clozapine en aripiprazol. [26]

- **Glutamaat:** Er is ook veel onderzoek gedaan naar de neurotransmitter glutamaat en de verminderde werking van de **NMDA-glutamaatreceptor** onder schizofreniepatiënten, met name in reactie op de vondst van abnormaal kleine hoeveelheden glutamaatreceptoren in de hersenen van overleden patiënten en de ontdekking dat glutamaatblokkerende geneesmiddelen als fencyclidine en ketamine symptomen en cognitieve problemen kunnen opwekken die lijken op die van schizofrenie. Er

is verband tussen een verminderde werking van glutamaat en slechte prestaties bij testen waarbij functioneren van de voorhoofdkwab en de hippocampus nodig is, en daarnaast kan glutamaat de werking van dopamine beïnvloeden. Een slecht functionerende voorhoofdkwab en hippocampus, en de werking van dopamine zijn factoren die een rol spelen bij schizofrenie. Bij elkaar duidt dit erop dat glutamaat een belangrijke indirecte (en mogelijk oorzakelijke) rol speelt bij de ziekte. Helaas reageren positieve symptomen van schizofrenie niet op geneesmiddelen met een glutamaatachtige werking.

- **Neuropil.** Schizofrenie wordt ook wel beschouwd als een stoornis van de **synaptische** verbindingen. Een tekort aan grijze stof draagt ertoe bij dat zenuwen te weinig **synaptische** verbindingen hebben. [26]

Mechanisme in relatie tot autisme

Bij mensen vindt celdeling plaats door **Meiose**. Bij dit delingsproces worden de chromosoomparen gesplitst en wel zo dat van ieder paar één vertegenwoordiger naar een dochtercel gaat. Hierdoor wordt, per cel, het aantal chromosomen gehalveerd, terwijl ieder kenmerk (gen) toch nog aanwezig blijft. Wat de informatie voor elk kenmerk inhoudt, wordt louter door het toeval bepaald. Naast het toevalsproces voor wat betreft de kenmerken, vindt er een tweede toevalsproces plaats. In dit tweede toevalsproces worden er in het DNA op een willekeurige manier stukjes DNA weggelaten (**deletie**), toegevoegd (**uplicatie**), verplaatst (**translocatie**) en omgedraaid (**inversie**). Dit proces verklaart waarom er zoveel genetische verschillen zijn tussen mensen, en waarom zelfs een eeneiige tweeling genetisch niet 100% gelijk is.

Probleem van het tweede toevalsproces is dat er genetische fouten kunnen ontstaan rond de conceptie. Door met name de deletie en de duplicatie kunnen chromosomen korter of langer worden. Het resultaat van een spontane verandering in de structuur van DNA is een zogenoemde **copynumbervariatie**. Door het ontstaan van een copynumbervariatie kunnen chromosomen van ongelijke grootte of ongelijk aantal worden samengebracht in een nieuwe cel. Als dit gebeurt rond de conceptie, ontstaat er uit deze eerste cel een mens met een genetische variatie. Dit kan zowel positief als negatief uitvallen. In positieve gevallen ontstaat er een mens met een bijzondere vaardigheid die positief wordt beoordeeld, bijvoorbeeld op het gebied van sport of wetenschap. In negatieve gevallen kan er sprake zijn van een syndroom of een ernstige handicap.

De natuur lijkt voor dit spontane proces te kiezen, omdat het op de lange termijn op genetisch niveau leidt tot een "beter soort mens", waar het gaat om de aanpassing van het organisme aan zijn omgeving. Mensen met positieve resultaten zullen zich voortplanten, waardoor de positieve

aanpassing zich zal gaan verspreiden, terwijl dit in gevallen van negatieve resultaten uitblijft.

Op basis van het meiose-proces zijn er twee waarschijnlijke manieren waarop schizofrenie ontstaat:

- 1. een spontane afwijking (een 'de novo'-situatie): hierbij gaan er twee chromosomen samen waarvan er één een copynumbervariatie heeft als gevolg van het meiose-proces.
- 2. een ouder is zonder het te weten drager van een chromosoom met een copynumbervariatie en geeft deze bij de conceptie door aan het kind, wat bij het kind andere gevolgen heeft dan bij de ouder.

Er zijn dus in de meiose stukjes te veel of stukjes te weinig in het DNA ontstaan op een specifieke locatie. Hiermee wordt de basis gelegd voor een syndroom.

Vervolgens treden er problemen op in de ontwikkeling van het embryo in de eerste maand van de zwangerschap. Ongeveer 20 tot 40 dagen na de bevruchting gaat er bij beide stroomlijnen iets fout in de aanleg van de lichaamsdelen en hersenen, wat een kettingreactie op gang brengt die zowel autisme als schizofrenie kan veroorzaken. Autismen en schizofrenie zijn dan ook onderdeel van een continuüm waarbinnen zowel het autismespectrum als het schizoïdespectrum valt. Dit verklaart waarom er in gezinnen waarin autisme voorkomt regelmatig ook personen met schizofrenie worden aangetroffen.

Autisme en schizofrenie zijn dus geen op zichzelf staande afwijkingen, maar zijn beide een gevolg van een spontane genetische verandering die een syndroom tot gevolg heeft. Afhankelijk van de mate van de genetische verandering varieert de ernst van het autismespectrumstoornis of de schizoïdespectrumstoornis. Bij alle variaties is een aantal identieke kenmerken te zien:

- verminderde emotieherkenning;
- problemen met de *theory of mind* (vermogen zich een beeld te vormen van het perspectief van een ander en indirect ook van zichzelf);
- problemen met de *centrale coherentie*^[30] (de wereld bestaat uit fragmenten zonder directe samenhang en moet aan elkaar gepuzzeld worden);
- *catatonie* (onbeweeglijkheid of typische stereotype beweging, met of zonder geluid);
- problemen met de *executieve functies* (hogere controlefuncties van de hersenen);
- de afwijkingen komen meer voor bij mannen dan bij vrouwen;
- *echolalie*.

Er zijn tot nu toe een negental locaties ontdekt in het DNA, die gerelateerd kunnen worden aan het voorkomen van autisme of schizofrenie, de zogenoemde 'hotspots': 1q21.1(chromosoom 1, lange arm, bandje 21.1), 3q29, 15q13.3, 16p11.2 (chromosoom 16, korte arm, bandje 11.2), 16p13.1, 16q21, 17p12, 21q11.2 en 21q13.3. Bij een aantal hotspots is zowel autisme als schizofrenie waargenomen op die locatie. In andere gevallen is de ene vorm waargenomen en wordt naar de andere nog gezocht. Statistisch is vastgesteld dat bij een deletie van 1q21.1 (1q21.1-deletiesyndroom) significant vaker schizofrenie voorkomt en bij een duplicatie van 1q21.1 (1q21.1-duplicatiesyndroom) significant vaker autisme voorkomt. Vergelijkbare waarnemingen zijn gedaan voor chromosoom 16 op 16p11.2 (deficiëntie: autisme/duplicatie: schizofrenie), chromosoom 22 op 22q11.21 (deletie (Velo-cardio-faciaal syndroom): schizofrenie/duplicatie: autisme) en 22q13.3 -deletie (syndroom van Phelan-McDermid): schizofrenie/duplicatie: autisme). Inmiddels heeft aanvullend onderzoek bevestigd dat de kans op een verband tussen schizofrenie en deleties bij 1q21.1, 3q29, 15q13.3, 22q11.21 en Neurexin 1 (NRXN1) en duplicaties bij 16p11.2 op 7,5% of hoger ligt^{[31][32]}

Onderzoek naar autisme/schizofrenie-relaties gekoppeld aan deficiënties/duplicaties voor chromosoom 15 (15q13.3), chromosoom 16 (16p13.1) en chromosoom 17 (17p12) zijn nog niet eenduidig.^[33]

6.1.9 Behandeling

Schizofrenie wordt in eerste instantie behandeld met geneesmiddelen tegen psychoses, vaak in combinatie met psychologische en maatschappelijke ondersteuning. Een steungevende, emotioneel niet belastende omgeving (*large expressed emotion*), die veiligheid en voorspelbaarheid biedt, samen met structuur, zijn behulpzaam.

Bij ernstige episodes kan een patiënt vrijwillig of (voor zover de wetgeving dit toestaat) *gedwongen* worden opgenomen in een ziekenhuis. Langdurige opnames komen sinds de in de jaren vijftig van de vorige eeuw ingezette *deinstitutionalisering* niet veel meer voor, maar helemaal verleden tijd zijn ze niet.

In Nederland kunnen GGZ-patiënten steeds vaker thuis worden verzorgd en steeds vaker wordt samenwerking gezocht met gemeenten en andere maatschappelijke organisaties, zoals woningcorporaties, UWV, politie en justitie, onderwijs, re-integratiebedrijven, schuldhulpverlening, maar ook huisartsen en thuishulpverlening.^[34] Er zijn aanwijzingen dat regelmatige lichaamsbeweging een positief effect heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van schizofreniepatiënten.^[35]

Medicatie

De psychiatrische behandeling van schizofrenie bestaat in eerste instantie uit het toedienen van middelen tegen

psychoses (antipsychotica), waardoor de positieve symptomen van een psychose binnen 7 à 14 dagen kunnen afnemen. Er bestaan ook **geneesmiddelen** en die de *positieve symptomen* (vooral hallucinaties en **denkstoringen**) vrij goed onderdrukken, met als nadelig gevolg een duidelijke vervlakking van het emotionele leven. Doordat **prikkels**, verbale en non-verbale **signalen** uit de omgeving, door **antipsychotica** (geneesmiddelen) enigszins gedempt worden, worden gebeurtenissen vaak minder intens beleefd. Zowel prettige als onprettige gebeurtenissen maken minder “indruk”. Dit soort middelen heeft echter weinig effect op de negatieve symptomen en cognitieve disfunctie. Door langdurig gebruik wordt het risico op terugval verkleind.

Er bestaan twee groepen van antipsychotica: De typische en de atypische geneesmiddelen. Het verschilt van persoon tot persoon welk middel werkt. Het is vaak een kwestie van proberen welk middel bij een bepaald persoon het best werkt. De keuze voor een bepaald antipsychoticum wordt gemaakt door de voordelen, risico's en kosten af te wegen. Op de vraag of **typische** of **atypische antipsychotica** beter zijn, is geen eenduidig antwoord te geven. Wanneer typische antipsychotica in een lage of matige dosering worden gebruikt, is het percentage patiënten dat zelf met de medicatie stopt of een terugval krijgt, even groot als bij atypische antipsychotica. Van de patiënten reageert 40–50% goed en 30–40% gedeeltelijk op de geneesmiddelen, terwijl 20% ongevoelig blijkt voor deze behandeling. Van dit laatste is sprake wanneer de symptomen na zes weken nog niet reageren op twee à drie verschillende antipsychotica. Bij mensen die niet goed reageren op andere geneesmiddelen werkt **clozapine** vaak wel. Dit middel kan echter een gevaarlijke bijwerking hebben: 1 tot 4% van de gebruikers krijgt te maken met **agranulocytose** (verlaging van het aantal witte bloedcellen).

Typische antipsychotica hebben meer **extrapiramidale bijwerkingen**, zoals speekselvloed, droge mond, spiertonus, bewegingsonrust, blikkramp en kaakklem. Gebruik van de atypische variant leidt vaker tot een flinke gewichtstoename, diabetes en **metabool syndroom**. Atypische antipsychotica hebben weliswaar minder extrapiramidale bijwerkingen, maar het verschil is niet erg groot. De bijwerkingen zijn dosisafhankelijk. Sommige atypische antipsychotica, zoals **quetiapine** en **risperidon**, brengen een hoger overlijdensrisico met zich mee dan het atypische antipsychoticum **perfenazine**, terwijl clozapine het laagste overlijdensrisico oplevert. Het is nog onduidelijk of de nieuwere antipsychotica het risico op **neuroleptisch maligne syndroom**, een zeldzame maar ernstige neurologische bijwerking, beperken.

Mensen die niet geregeld medicijnen kunnen of willen innemen, kunnen een **depot-injectie** met een verlengde werkingsduur toegediend krijgen. Het gevaar voor terugval wordt door deze depotpreparaten verder verkleind dan met orale medicatie. Bovendien kunnen ze in combinatie met psychosociale behandelingen mogelijk de therapie-

trouw verbeteren.

Psychosociale behandeling

Er zijn manieren om de geest weer tot rust te manen, door een rustige levenswijze: goed slapen, eten, en een normaal dagritme. Het verminderen van prikkels kan uiteraard ook bewerkstelligd worden door in een prikkelarme omgeving te vertoeven. In concreto: vermijden van drukke winkels, verjaardagsfeestjes, telefoon, televisie e.d.

Bij de behandeling van schizofrenie kan een psychosociale therapie van nut zijn, waaronder:

- Acceptance and commitment therapy
- Assertive community treatment
- Cognitieve gedragstherapie Of cognitieve gedrags-therapie helpt bij het beperken van symptomen of het voorkomen van terugval is nog allerminst bewezen.
- Gedragstherapie
- Metacognitieve training
- Psycho-educatie
- Sociale vaardigheidstraining
- interventies op basis van token economy
- Gezinstherapie of gezinsvoorlichting, waarbij niet alleen de patiënt zelf maar ook zijn of haar familie een rol speelt, kan zorgen voor een afname in het aantal terugvallen en ziekenhuisopnames.
- Begeleid werken,
- cognitieve remediatie
- Vaardigheidstraining,
- Psychosociale interventies gericht op het gebruik van verslavende middelen en gewichtsbeheersing.
- Creatieve therapie en dramatherapie. Naar het nut van deze behandelwijzen is nog niet veel onderzoek gedaan.

Alternatieve benaderingen

Bij bepaalde cliëntenorganisaties bestaat verzet tegen de visie dat schizofrenie een psychische aandoening is (biologisch) of tegen de visie dat de aandoening behandeld zou moeten worden, met name met medicatie. De antipsychiatrie van de jaren zestig bekeek schizofrenie vanuit de dieptepsychologische kant (bijvoorbeeld de theorie van de *schizofrenogene moeder*). Dr. McKenzie^[36] veronderstelt een traumatische oorsprong: scheiding van de ouders op jeugdige leeftijd veroorzaakt volgens hem

schizofrenie. Deze visie is inmiddels verlaten, omdat er geen duidelijk verband is aangetoond tussen opvoeding en schizofrenie. Er bestaat steeds meer bewijs dat schizofrenie een biologische basis heeft met erfelijke componenten^[37].

6.1.10 Preventie

Op de vraag of schizofrenie door vroegtijdig ingrijpen kan worden voorkomen, is tot op heden geen doorslaggevend antwoord gevonden. Er zijn wel aanwijzingen dat vroegtijdig ingrijpen bij mensen met psychotische episodes op de korte termijn kan helpen, maar deze maatregelen leveren op een termijn van vijf jaar geen voordelen op. Het is onzeker of ingrijpen in de prodromale fase nut heeft, dit wordt sinds 2009 dan ook niet meer aanbevolen. Schizofrenie is moeilijk te voorkomen omdat er geen betrouwbare aanwijzingen bestaan dat iemand de ziekte later kan krijgen. Toch zouden sommige gevallen van schizofrenie vertraagd of mogelijk zelfs voorkomen kunnen worden door het gebruik van cannabis met name onder jongeren te ontmoedigen. Mensen bij wie schizofrenie in de familie voorkomt, zijn mogelijk gevoeliger voor door cannabis opgewekte psychoses. Bovendien is in een onderzoek aangetoond dat psychotische stoornissen als gevolg van cannabisgebruik in ongeveer de helft van de gevallen chronisch worden.

Er wordt nog steeds theoretisch onderzoek gedaan naar manieren om schizofrenie terug te dringen. Een voorbeeld is het onderzoek naar genetische en neurologische oorzaken van de ziekte aan de hand waarvan biomedische interventies zouden kunnen worden ontwikkeld. Dit wordt echter bemoeilijkt doordat veel verschillende, allemaal kleine, genetische effecten een rol spelen, effecten die ook nog eens een wisselwerking met de omgeving aangaan. Een andere aanpak is beleid op het gebied van de volksgezondheid: er zou iets gedaan kunnen worden aan bepaalde sociaal-economische factoren die in verband zijn gebracht met het vaker voorkomen van schizofrenie in bepaalde groepen, bijvoorbeeld in samenhang met immigratie, etnische afkomst of armoede. Er zou aandacht kunnen worden besteed aan het bevorderen van veilige zwangerschappen en gezonde groei, ook op gebieden van psychische ontwikkeling zoals sociale cognitie. Er is echter op dit moment nog niet voldoende bewijs voorhanden om dit soort ideeën in de praktijk te brengen. Bovendien hebben bepaalde bredere problemen niet alleen met schizofrenie te maken.

6.1.11 Maatschappelijk en cultureel

In 2002 werd de Japanse term voor schizofrenie veranderd van *Seishin-Bunretsu-Byō* (geest-gespleten-ziekte) in *Tōgō-shūchō-shō* (integratiestoornis) om het stigma dat op de aandoening rust te verkleinen. De inspiratie voor de nieuwe naam kwam uit het

biopsychosociale model; door de nieuwe naam nam het percentage patiënten die de diagnose kregen in drie jaar tijd toe van 37% naar 70%.

In de Verenigde Staten werden de kosten van schizofrenie in 2002 geschat op zo'n 62,7 miljard dollar. Hieronder werden zowel directe kosten (ambulante zorg, ziekenhuisopnamen, medicatie en langdurige zorg) als niet-medische kosten (politie en justitie, lagere arbeidsproductiviteit, werkloosheid) gerekend. In het boek en de film *A Beautiful Mind* wordt het leven verhaald van John Forbes Nash, een wiskundige en Nobelprijswinnaar bij wie de diagnose schizofrenie was gesteld.

Stigmatisering speelt een belangrijke negatieve rol bij het herstel van patiënten met schizofrenie.

6.1.12 Externe links

- Bleuler, Eugen: *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien: F. Deuticke 1911
- Vereniging Ypsilon
- Vereniging Anoksis
- Trimbos-instituut: informatie voor professionals

6.2 Psychose

Een **psychose** is een psychiatrisch toestandsbeeld (psychische aandoening) waarbij de patiënt het normale contact met de werkelijkheid, zoals deze door zijn omgeving ervaren wordt, geheel of gedeeltelijk kwijt is.

6.2.1 Symptomen

Bij een psychose spreekt men van positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen zijn symptomen die duidelijk bij iemand aanwezig zijn, zoals hallucinaties en wanen. Het begrip negatief symptoom verwijst naar afwezigheid of vervlakking van iets, bijvoorbeeld emotie, spraak, daadkracht of gedachten.

Positieve symptomen zijn:

- Wanen - Denkbeelden die niet overeenkomen met algemeen geaccepteerde opvattingen en of ideeën waarvan de patiënt niet af te brengen is met logisch redeneren. Vaak, maar niet altijd, is er ook sprake van paranoia; overmatige achterdocht die bijvoorbeeld leidt tot de inbeelding dat overal camera's of microfoons verstopt zijn, dat er complotten zijn, of dat de persoon in kwestie gezocht wordt door de politie of door internationale veiligheidsdiensten.

- **Hallucinaties** - Het waarnemen van zaken die er niet zijn, zoals stemmen in het hoofd, beelden, geuren of aanrakingen.
- **Verward denken** - Psychotici en hun omgeving hebben erg veel moeite elkaar te begrijpen doordat het denk- en uitdrukkingsproces veranderd is door de psychose. Het is chaotisch en of te langzaam of te snel. Het gedrag van de patiënt is door zijn omgeving vaak niet meer te plaatsen (en vice versa). De gedachtenstop, waarbij de patiënt het gevoel heeft dat zijn gedachten plotseling volledig stoppen wordt als een ernstige vorm van **denkstootnis** gezien.
- **Verward spreken en schrijven** - Zelfs als de gedachten van de patiënt samenhangend zijn kan hij problemen hebben deze in taal te uiten. Soms uit zich dit in gehaast spreken, vreemde woordkeuzes of het gebruik van **neologismen**. Bij grotere verwarring kunnen ook verschijnselen als **echolalie**, **palilalie** of **glossolalie** optreden.
- **Verstoorde emoties** - Een patiënt kan versterkte emoties ervaren of totaal niet bij een situatie passen, zoals lachen op een begrafenis. Ook kan iemand schijnbaar zonder reden plotseling emotioneel worden; hij of zij begint bijvoorbeeld ineens te huilen. Emoties kunnen ook afwezig lijken.

Negatieve symptomen zijn:

- Weinig spreken
- Gebrek aan initiatief tonen
- Verstoord dag-nachtritme gedurende langere tijd
- Weinig energie hebben
- Geringe **motorische expressie**, een vlakke gezichtsuitdrukking
- Zich bovenmatig terugtrekken.

6.2.2 Gevoeligheid

De symptomen van een psychose (vooral de hallucinaties of de wanen) zijn met name bekend bij **schizofrenie** en andere psychiatrische ziektebeelden zoals een **bipolaire stoornis type I**. Onder extreme omstandigheden, zoals oorlog of ernstige mishandeling, kunnen ook mensen zonder psychiatrische **ziektegeschiedenis** psychotisch worden.

Toch worden mensen zelfs onder sterk belastende omstandigheden meestal niet psychotisch, wel krijgen velen last van dissociatie en angstaanvallen. Slechts een kleine groep mensen krijgt bij relatief geringe externe factoren zoals het verlies van een baan, bij echtscheiding, verhuizing of vakantie een psychose. Waarschijnlijk heeft dit

met aanleg te maken: een te weinig of te veel voorkomen van bepaalde stoffen in de hersenen. Deze combinatie van aanleg en externe factoren wordt weergegeven in het **kwetsbaarheid-stressmodel**.

Soms worden psychoses, zoals **zwangerschapspsychose** of **kraambedpsychose**, veroorzaakt door grote **hormonale schommelingen**. Ook extreem slaapttekort en drugsgebruik kunnen tot een psychose leiden. Bij alcoholvergiftiging staan de psychotische verschijnselen bekend als **delirium**. Een psychose kan ook een reactie zijn op een ernstige **depressie** of **burn-out**.

De laatste jaren zijn de risico's van **cannabisgebruik** voor het uitlokken van een psychose steeds duidelijker geworden.^{[1][2]} Cannabis met een sterkere THC-concentratie, met name **skunk**, blijkt nog veel meer psychose-uitlokkend te zijn.^[3]

6.2.3 Beschrijving

Soms duurt de aanloop naar een psychose enige weken tot maanden, maar het toestandbeeld kan zich ook heel snel ontwikkelen.

Het verschijnsel is enigszins te vergelijken met iemands gemoedstoestand na het horen van een ernstig bericht, bijvoorbeeld bij het overlijden van een dierbare of een ernstig auto-ongeluk, waarna men enige tijd 'van de wereld' is. De directe omgeving wordt voor enige tijd totaal anders ervaren. Een psychose heeft ook invloed op de **cognitie** waardoor een psychotisch iemand bijvoorbeeld niet meer in staat kan zijn een boek te lezen.

Ieder mens ervaart de wereld subjectief, maar heeft normaal gesproken het rationele deel van de hersenen om zaken te relativiseren en in context te plaatsen. Tijdens een psychose wordt de waarneming van de buitenwereld helemaal bepaald door de gemoedstoestand en niet meer gerealiseerd door de ratio. Men staat in feite los van de realiteit terwijl tegelijkertijd het verschil tussen binnen- en buitenwereld lijkt opgeheven. Typische voorbeelden van een psychose zijn bijvoorbeeld de opvatting van de patiënt dat personen op de televisie tegen hem persoonlijk spreken, dat reclames een speciale boodschap aan hem laten zien of dat de bureaus hem steeds in de gaten houden.

Soms is de situatie niet zo duidelijk en verandert een **burn-out** of **depressie** geleidelijk in een psychose. Het is dan een glijdende schaal met vele gradaties, een grijs gebied tussen gevoelens van vervreemding en de totale psychose waarbij men een werkelijkheid ervaart die er niet is.

Sommige mensen weten van zichzelf niet dat ze een psychose hebben of hebben gehad, terwijl anderen zelfs tijdens de psychose weten dat hun perceptie van de werkelijkheid niet kan kloppen, en zichzelf daarom aanmelden voor behandeling. Tijdige behandeling kan langdurig ziekteverzuim voorkomen of mensen behouden voor de arbeidsmarkt.

6.2.4 Vroege detectie

Het is vooral bij jonge mensen van belang dat psychotische verschijnselen tijdig worden vastgesteld. Hoe sneller hulp kan worden geboden, des te kleiner is de kans op het blijvend worden van de gesteldheid. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek onderstrepen het belang van snelle herkenning en behandeling van psychoses. Er zijn daartoe speciale projecten opgezet. In Vlaanderen heten deze **VDIP** (*Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychose) Stoornissen*).^[4] Soms wordt gewerkt met een checklist waarmee familieleden of betrokkenen kunnen nagaan of er mogelijk sprake is van psychose.^[5]

6.2.5 Behandeling

Psychosen worden doorgaans behandeld met antipsychotica die sommige neurotransmitters in de hersenen beïnvloeden. Ze staan bekend om de hinderlijke bijwerkingen die de motoriek storen, energie wegnemen, emoties afvlakken en initiatief wegnemen. Gebrek aan therapietrouw kan daardoor vaak een probleem zijn bij de behandeling van een psychose. De nieuwste middelen zouden minder van deze bijverschijnselen vertonen.

Antipsychotica moeten door mensen met een bipolaire of schizofrene stoornis vaak levenslang geslikt worden, ook als men geen psychoseverschijnselen meer ervaart. Veel mensen kunnen na een primaire behandeling wel toe met een lage onderhoudsdosis antipsychotica, sommigen zelfs zonder.

Sommige patiënten zijn van mening dat hem of haar niets mankeert, ze denken dat het de rest van de wereld is die raar doet. Als de medicatie gestopt wordt komt de psychose vaak terug, en meestal heviger. Daarentegen voelen anderen juist de psychose lang van tevoren aankomen. Zij hebben al eerder een psychose gehad en herkennen de symptomen. Een volgende psychose kan dan dikwijls voorkomen worden door langdurig een lage dosering antipsychoticum te nemen.

De naaste omgeving van mensen met aanleg voor psychose kan soms een terugval (herval) uitlokken door te veel kritiek, onbegrip of andere emotionele betrokkenheid te uiten. In psychiatrisch jargon noemt men dit te hoge *expressed emotion*. Letten op een neutralere houding (lage *expressed emotion*) kan terugval helpen voorkomen.

Mensen met een psychose kunnen soms een gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Al dan niet gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan dan noodzakelijk blijken. Tijdelijke gedwongen afzondering in een daarvoor bestemde speciaal daartoe ingerichte ruimte op de gesloten afdeling van de kliniek kan in ernstige gevallen deel uitmaken van het zorgplan. Een dergelijke benadering kenmerkt zich door het vrijheidsbeperkende karakter en het dwingende ervan.

6.2.6 Psychotische stoornissen

In het psychiatrisch handboek **DSM-IV** worden de volgende psychotische stoornissen onderscheiden:

- Schizofrenie
- Schizofreniforme stoornis
- Schizoaffectieve stoornis
- Waanstoornis
- Acute psychotische stoornis
- Gedeelde psychotische stoornis
- Psychotische stoornis door een somatische aandoening
- Psychotische stoornis door middelengebruik
- Psychotische stoornis niet anderszins omschreven (restgroep)

Bij de manisch-depressieve stoornis, ook wel de bipolaire I stoornis genoemd, kan er ook sprake zijn van een psychose: de manische psychose.

6.2.7 Naam

De naam psychose werd in 1845 bekend door de Oostenrijkse psychiater Ernst von Feuchtersleben. Voor hem heeft in 1841 Karl Friedrich Canstatt de term ook al gebruikt. Hij was een Duitse arts en auteur van verschillende boeken, waaronder *Jahresbericht über die Fortschritte der Gesammten Medicin in Allen Ländern*. In dit boek is voor het eerst de term psychose gebruikt.

Hoofdstuk 7

stemmingsstoornissen

7.1 Stemmingsstoornis

Stemmingsstoornis is een verzamelnaam voor psychische aandoeningen waarbij de gemoedsstemming of emotie van de patiënt ziekelijk is verstoord of niet past bij de situatie waarin de patiënt verkeert.

De stemming van de patiënt kan depressief zijn, waarbij de gemoedsstemming bedrukt is, manisch, waarbij de stemming als pathologisch uitgelaten of ongeremd gezien kan worden, of hypomaan, bij een milde vorm van manie. Ook kan hiervan een combinatie optreden.

Stemmingsstoornissen vormen een aparte categorie in het DSM-IV en de ICD10 Hoofdstuk V waar ze als volgt zijn ingedeeld:

- **Stemmingsepisoden**
 - Depressieve episode
 - Hypomane episode
 - Manische episode
 - Gemengde episode
- **Depressieve stoornissen**
 - Dysthyme stoornis
 - Depressieve stoornis met één episode (Milde depressieve stoornis)
 - Depressieve stoornis met herhaalde episoden (Terugkerende korte depressie)
 - Depressieve stoornis niet anderszins omschreven
- **Bipolaire stoornissen**
 - Bipolaire stoornis I
 - Bipolaire stoornis II
 - Cyclothyme stoornis
 - Bipolaire stoornis niet anderszins omschreven
- **Stemmingsstoornis door een somatische aandoening**
 - Met depressieve symptomen

- Met manische symptomen
- Met gemengde symptomen

- **Stemmingsstoornis door alcohol of drugs**
- **Stemmingsstoornis niet anderszins omschreven**

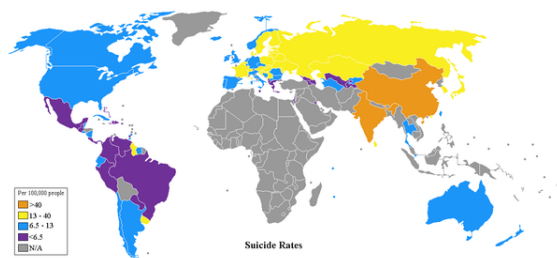
7.2 Depressie (klinisch)

Depressie is een benaming voor een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of zware neerslachtigheid. In het dagelijkse spraakgebruik wordt de term 'depressief' gebruikt voor uiteenlopende gemoedstoestanden, variërend van een korte dip tot ernstige neerslachtigheid. Een klinische depressie beschrijft een combinatie van symptomen en is geen oorzaak of verklaring voor verlies van levenslust of zware neerslachtigheid. Behandelaren, verzekeraars en beleidsmakers spreken van een klinische depressie wanneer aan een aantal criteria wordt voldaan, zoals vastgelegd in diagnostische en statistische handboeken als het ICD-10 van de Wereldgezondheidsorganisatie, of het in Nederland en in de VS gehanteerde DSM-IV TR. Volgens deze indeling is niet iedere depressieve, sombere of verdrietige stemming een psychische aandoening.

7.2.1 Recidiverende depressieve stoornis

Een periode waarin zich depressieve symptomen voordoen, wordt een *depressieve episode* genoemd (zie hieronder voor de criteria). Als iemand vaker deze episoden heeft, spreekt men van een (*recidiverende*) *depressieve stoornis*. De kans op terugval na een eerste depressie is circa 30%. Na een tweede depressie neemt deze kans toe tot 75% en voor personen met drie depressies is de kans ongeveer 90% dat zij opnieuw met een depressie geconfronteerd zullen worden.^[1] Ook is herstel van een depressieve episode vaak onvolledig, zogenaamde 'restsymptomen' blijven bestaan die de kans op terugval in een nieuwe depressieve episode verhogen. De eerste depressieve episode kan op alle leeftijden optreden en de duur kan variëren. Tegenwoordig wordt ook wel de naam

unipolaire depressie gebruikt ter onderscheid van depressies bij *bipolaire* stoornissen. Oudere beschrijvingen als vitale depressie, melancholie of endogene depressie komen in grote lijnen overeen met de zwaardere vormen van depressieve stoornis.



Zelfmoordcijfers in de wereld

DSM-IV-criteria

Volgens de DSM-IV-TR-criteria^[2] voor het diagnosticeren van een ernstige depressieve episode moeten één of twee van de volgende elementen aanwezig zijn:

A. Gedeprimeerde stemming (1) of verlies van belangstelling of genoegen (2).

Bij deze twee criteria moet worden uitgesloten dat ze zijn veroorzaakt door een lichamelijke aandoening of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties. Het volstaat om één van deze symptomen te hebben indien het gepaard gaat met minstens vier van de volgende symptomen:

- Gedeprimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag.
- Duidelijke daling van belangstelling in aangename activiteiten.
- Veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies.
- Verstoord slaappatroon of slapeloosheid of meer slapen dan normaal.
- Veranderingen in activiteitsniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal.
- Vrijwel alle dagen vermoeidheid of energieverlies.
- Gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid, en/of vrees.
- Verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen.
- Suïcidale gedachten.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode.

C. De symptomen veroorzaken klinisch significant lijden of belemmering in sociale, beroepsmatige of andere belangrijke omstandigheden.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van middelengebruik (bijvoorbeeld drugs of medicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).

E. De symptomen kunnen niet beter worden verklaard door rouw, bv. na het verlies van een geliefde persoon, de symptomen duren langer dan twee maanden of worden gekenmerkt door belemmering in het functioneren, pre-occupatie met waardeloosheid, suïcidale gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische retardatie.

Er kan onderscheid gemaakt worden in de ernst van een depressie aan de hand van het aantal symptomen, hierbij dient wel in ogenschouw te worden genomen dat de mate van lijdensdruk voor het grootste gedeelte de ernst van een depressie bepaalt.

In de literatuur wordt er van het volgende uitgegaan:

- Symptoom depressie: Er wordt slechts voldaan aan een van de criteria van een depressie.
- Syndroom depressie (Minor depression): Er wordt voldaan aan 2-4 symptomen.
- Stoornis depressie (Major depression): Er wordt voldaan aan 4-9 symptomen.

Depressie bij kinderen Depressie bij kinderen is minder eenvoudig vast te stellen; de symptomen bij kinderen omvatten:

- Verlies van eetlust.
- Problemen met slaap zoals nachtmerries.
- Problemen met gedrag of duidelijk slechtere cijfers op school
- Significante gedragsveranderingen; zich terugtrekken, lusteloosheid, agressiviteit.

Depressie bij ouderen Een depressie bij ouderen uit zich in vele gevallen niet in somberheid, ouderen zijn niet gewend om deze term te gebruiken. In de meeste gevallen zullen ze aangeven een verlies aan belangstelling te ervaren. Ook zullen ouderen sneller lichamelijke klachten uiten.

Uitlokkende factoren

De uitlokkende factoren voor iemands depressie kunnen velerlei zijn. Persoonlijkheidsproblematiek, omgevingsfactoren (zoals een langdurige prikkel of combinatie van prikkels waar geen invloed op kan worden uitgeoefend)

of verlies kunnen een rol spelen in de totstandkoming van depressie. Een bekende risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie is hoog **neuroticisme**.^[3] Ook kan de oorzaak lichamenlijk van aard zijn. Vaak spelen meerdere omstandigheden een rol. Het is niet altijd eenvoudig om de psychische oorzaak of aanleiding van een depressie op te sporen. Is de aanleiding van een depressie wel direct te achterhalen, dan wordt dit wel een *reactieve depressie* genoemd.

In sommige gevallen ontwikkelen depressies zich uit andere psychische problemen. **Rouwverwerking** is bijvoorbeeld een normaal menselijk proces, maar bij sommige mensen herstelt de balans zich niet en kunnen depressieve symptomen ontstaan. Ook kunnen bij grote veranderingen in het leven **aanpassingsproblemen** gepaard gaan met depressie.

Wetenschappelijk crosscultureel onderzoek toont aan dat symptomen van depressie wereldwijd in alle culturen voorkomen. Dit kan suggereren dat een depressie aanvankelijk kan beginnen als een lichamenlijke aandoening en dat patiënten hier na verloop van tijd een psychologische invulling aan kunnen geven. Lichaam en geest beïnvloeden elkaar echter in twee richtingen.

Verschillende wetenschappelijke studies hebben statistische verbanden tussen bepaalde pesticiden en depressie gevonden.^{[4][5]} Dit verschijnsel is marginaal als oorzaak en wordt vooral in ontwikkelingslanden soms gevonden.

Differentiële diagnose

Voor diagnose is het van belang om na te gaan of naast depressieve episoden ook manie of hypomanie optreedt. In dat geval kan er sprake zijn van een vorm van **bipolaire stoornis**. Als er **psychotische kenmerken** zijn, moet worden gecontroleerd of is voldaan aan de criteria van **schizoaffectieve stoornis**.

7.2.2 Dysthyme stoornis

Naast recidiverende depressieve stoornis is er ook een vorm van depressie waarvan de symptomen minder sterk zijn, maar die soms jarenlang kunnen duren. Dit wordt **dysthymie** of **dysthyme stoornis** genoemd.

7.2.3 Lichamenlijke aandoeningen en depressie

Bij een aantal lichamenlijke aandoeningen kunnen depressieve verschijnselen optreden. Vaak is dit het geval bij ernstige of dodelijke aandoeningen, zoals kanker of aids. Neurologische aandoeningen (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson), endocriene aandoeningen (bijvoorbeeld **hypothyroidie**), bepaalde virale aandoeningen enzovoort kunnen ook depressieve symptomen veroorzaken. Dergelijke stemmingsstoornissen hebben in de

medische handboeken een afzonderlijke classificatie (zie **stemmingsstoornis**).

7.2.4 Affectvervlakking

Een van de ernstigste kenmerken van een depressie kan het optreden van **affectvervlakking** zijn. Dit houdt in dat de beleving van gevoelens gedeeltelijk of geheel verdwijnt. Dit is vergelijkbaar met het optreden van doofheid of blindheid. Het houdt namelijk in dat de intensiteit van gevoelens sterk vermindert; geen beleving meer van plezier, blijheid, genoegen, geluk. Maar bijvoorbeeld ook geen beleving van verdriet. Met het ontbreken van deze gevoelens verdwijnt ook de zin van het leven. Want er is dan niets meer dat werkelijke emotionele bevrediging tot gevolg kan hebben. Juist daarom vormen sombere stemming, maar ook verlies van plezier in dagelijkse activiteiten, de twee kernsymptomen van de depressie (zie DSM-IV-criteria hierboven). Beide verwijzen namelijk naar het probleem om zichzelf te motiveren om dingen te ondernemen.

7.2.5 Middelengebruik en depressie

Depressiviteit kan ook het gevolg zijn van gebruik of misbruik van bepaalde middelen, bijvoorbeeld **drugs**, geneesmiddelen of **alcohol**. Vaak is een diagnose moeilijk te stellen, omdat het gebruik van middelen ook voorkomt als 'zelfmedicatie' bij mensen die al depressieve verschijnselen hebben. Ook deze aandoeningen worden afzonderlijk geclassificeerd. Veelal moet dan eerst het middelengebruik, als probleem, aangepakt worden, alvorens de depressie kan worden behandeld.

7.2.6 Omgang

Depressiviteit is iets wat zich moeilijk laat beschrijven. Iemand ziet daarbij het leven somber in, en **neurotransmitters** in de hersenen spelen daarbij een rol. Waar andere mensen nog hoop hebben en positieve dingen zien, worden die niet gezien in de beleving van iemand die depressief is. Daarom heeft de omgeving soms zo weinig vat op iemand die depressief is, want diegene kan niet gedwongen worden om positieve dingen te zien. Beter is het om de problemen te bespreken en waar mogelijk op te lossen.

Een bijkomend probleem is dat de omgeving van een patiënt nog wel eens onbedoeld bijdraagt aan een verergering van de situatie. Een patiënt zal vaak uit zijn directe omgeving opmerkingen krijgen variërend van "stel je niet aan" tot "zet je eroverheen" en "doe gewoon alsof er niets aan de hand is". Dergelijke opmerkingen kunnen om twee redenen gemaakt worden: ze kunnen bedoeld zijn als goedbedoelde adviezen en met de beste intenties gemaakt worden, of ze zijn bedoeld om de patiënt ertoe te bewegen

niet over zijn aandoening te praten omdat de omgeving er niet mee geconfronteerd wenst te worden. Hoewel de achterliggende gedachten bij deze twee scenario's wezenlijk verschillen hebben ze wel hetzelfde effect: iemand die aan een depressie lijdt zal hierdoor de indruk krijgen dat zijn probleem niet serieus genomen wordt, met als gevolg dat zijn situatie eerder vererget dan verbetert.

7.2.7 Beeld

De patiënt verliest de werkelijkheid uit het oog, hij ziet het leven somber in, hij ziet de dingen niet zoals die over het algemeen worden gezien. Bij een lichamelijke ziekte blijft de patiënt in contact met de mensen om hem heen en heeft men begrip voor zijn ziekte. Iemand die aan een endogene depressie lijdt, is echter totaal alleen in zijn grote onmacht en hulpeloosheid. Het meest benauwende van deze depressie is de vertraagde werking van lichaam en geest, deze kan de vorm aannemen van een lichte inertie tot een stupor bij ernstige depressies, waarbij de patiënt ieder contact met de buitenwereld verliest. Ook de ademhaling, de bloedsomloop en de spijsvertering verlopen uiterst traag. De patiënt is zich daar doorgaans niet zelf van bewust en wordt door zijn omgeving niet begrepen. Zijn depressie is ook moeilijk te begrijpen. Medeleven, afleiding en troost baten doorgaans niet. Angstgevoelens, wanhoop en een gevoel van totale *apathie* wisselen elkaar af.

Het wordt voor de patiënt echter gevaarlijk als hij weer enigszins in staat is bewust te handelen, want dan bestaat er een groot gevaar voor zelfmoord. Daar kan hij weinig tegen doen. De neiging tot zelfmoord waar verschillende depressieve mensen onder lijden wordt vaak gefundeerd door een voor buitenstaanders (en ook voor de patiënt zelf) logische redenering. Belangrijk hierbij is te beseffen dat bij een depressief persoon de rationele processen in de hersenen op een bepaald punt niet meer in staat zijn als 'rem' te fungeren voor de emotionele processen. Vaak is dan ook duidelijk hoe patiënten proberen zelf een oplossing te bedenken, en vervolgens vaak ten einde raad zijn omdat elke logische ingreep op de depressie mislukt.

7.2.8 Behandelingen

Elke depressie is verschillend en vraagt dus een aparte aanpak. Er zijn diverse behandelmethodes voor depressie. De meest toegepaste behandelingen zijn *cognitieve gedragstherapie* en medicatie door middel van *antidepressiva*. De combinatie kan beter werken dan de twee apart. Na beëindiging van de cognitieve gedragstherapie, of na stoppen van de antidepressiva, bestaat de kans dat de depressie na verloop van tijd weer terugkeert. Recent onderzoek in het kader van *terugvalpreventie* heeft echter aangetoond dat een cognitieve training, gericht op cognities, dagdromen en fantaseren, bescherming kan bieden tegen een terugval bij depressie.^[6]

Cognitieve gedragstherapie (CGT) leert depressieve patiënten dat hun gedachten vaak onrealistisch en disfunctioneel zijn. Onderdeel van de behandeling kan zijn: de patiënten zich actiever te laten gedragen en positiever te laten denken (minder piekeren en malen) om zo de neerwaartse spiraal van depressief terugtrekgedrag en sombere gedachten over zichzelf, de toekomst en de wereld te doorbreken. Deze behandeling is met name effectief gebleken bij niet-chronische depressies.

CGT vormt ook de basis voor bewezen effectieve online zelfhulp gericht op het behandelen van een lichte tot milde depressie.^[7]

Er bestaan ook nieuwere behandelingen zoals *mindfulness based cognitive therapy* en *acceptance and commitment therapy*. *Acceptance and commitment therapy* is erkend als *evidence-based* behandeling voor depressie en *mindfulness based cognitive therapy* is erkend als *evidence-based* voor het voorkomen van terugval in depressie na minstens 3 depressieve episodes.^{[8][9]}

Gedragsactivatie ('behavioral activation') is een specifieke therapievorm en is niet te verwarren met het louter activeren van patiënten. Onderzoek toont aan dat gedragsactivatie minstens even effectief is als medicatie voor matige en ernstige depressie en heel wat effectiever dan cognitieve therapie. *Gedragsactivatie* is dan ook erkend als *evidence-based* behandeling voor depressie.^[10] Bovendien is er minder uitval dan bij medicatie.^[11]

Bij milde en matige depressie blijken antidepressiva ook niet effectief te zijn, alleen bij ernstige depressies hebben deze stoffen zin.^[12]

Als de oorzaak van de depressieve symptomen gelegen is in een lichamelijke aandoening of middelengebruik (denk bijvoorbeeld aan cocaïnegebruik), dan richt de behandeling zich in eerste instantie op het beïnvloeden van deze factoren.

Regelmatig intensief bewegen of sport is voor mensen met een depressie zeer gunstig. Het is bewezen dat hardlopen de hoeveelheid *endorfinen* in het lichaam verhoogt. Er zijn aanwijzingen dat *endorfinen* en andere van nature in het lichaam voorkomende *opioiden* een antidepressieve werking vertonen. Daarom zijn er ook behandelingen die zich specifiek op activering richten, zoals bijvoorbeeld de *running therapy*, een vorm van begeleid sporten voor mensen die lijden aan depressies. Het antidepressieve effect treedt onder andere op bij intensief hardlopen, fietsen en zwemmen. Intensief sporten betekent dat het moeilijk is om te spreken tijdens de desbetreffende activiteit vanwege de hijgende ademhaling. Hoe lang en hoe vaak sporten? Ideaal is 5 maal per week ongeveer 40 minuten of 3 maal per week ongeveer 1 uur. Rustig opbouwen van de hoeveelheid sport is aan te raden in verband met ontmoediging indien men niet aan z'n gestelde doelen kan voldoen. Overleg met de behandelaar is aan te bevelen.

Elektroconvulsiotherapie (ECT) is in een aantal gevallen een effectieve behandeling van zware depressie^[13], ook

als deze gepaard gaat met psychotische symptomen zoals hallucinaties. ECT wordt vrijwel alleen gebruikt in situaties waarbij behandeling met antidepressiva en psychotherapie niet werkzaam zijn. ECT kan geheugenverlies veroorzaken en wordt mede hierom slechts gebruikt ter behandeling van de zwaarste gevallen.

Diepe hersenstimulatie is een experimentele behandelingsmethode voor ernstige, therapie-resistente depressie. In het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg loopt op dit moment een onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling.^{[14][15]}

7.2.9 De immuuntheorie

Er zijn aanwijzingen dat bij diverse ernstige psychiatrische aandoeningen, waaronder major depression, het immuunsysteem een belangrijke rol speelt.^{[16][17]}

7.2.10 Zie ook

- Depressieve stoornis niet anderszins omschreven
- Dysthyme stoornis
- Post-partumdepressie
- Winterdepressie
- Taedium vitae
- Bore-out
- Burn-out
- Melancholie (gemoedstoestand)

7.2.11 Externe links

- Depressietest van Fonds Psychische Gezondheid
- Informatie over depressie

7.3 Dysthyme stoornis

De **dysthyme stoornis** of **dysthymie** is een psychische aandoening, een chronische en een lichtere vorm van depressie die zich kenmerkt door een gebrek aan plezier en genoeg in het leven. Deze stoornis gaat meestal gepaard met slaapproblemen, eetstoornissen, verminderde energie, concentratieproblemen, en gevoelens van wanhoop. De ziekte duurt minimaal twee jaar en gedurende deze tijd blijven de klachten nooit langer dan twee maanden weg. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de stemmingsstoornissen. Het verschil met klinische depressie ligt voornamelijk in de intensiteit van de symptomen, maar dat betekent niet dat er minder lijden bij te

pas komt. Iemand met dysthymie is wel in staat sociaal en maatschappelijk te functioneren, maar de levenslust ontbreekt hierbij. De aandoening duurt ook langer dan een zwaar depressieve episode. Een depressie heeft namelijk een duidelijk afgrensbare periode i.p.v. een lange aaneengesloten periode. Dysthymie gaat niet samen met psychotische verschijnselen en is niet begonnen met een depressie.

Dysthymie heeft net als depressie een zware impact op iemands leven. Door een constant somber en neerslachtig gevoel waardoor de patiënt veel klaagt, sarcastisch wordt, humeurig en pessimistisch is, ervaren mensen in zijn omgeving de persoon meestal als somber, zuur, humorloos. Sociale contacten lijden er dus onder en dat kan tot een sociaal isolement leiden.

Dysthymiepatiënten zijn bij stress of schokkende ervaringen vatbaarder voor klinische depressie dan anderen. Als depressie zich naast dysthymie voordoet, spreekt men wel van een dubbele depressie.

7.3.1 Oorzaken

Allereerst bestaat er bij dysthymie een erfelijke gevoeligheid. Bij 'gevoeligheid' wordt bedoeld dat iemand vatbaarder is en dus deze stoornis makkelijker kan ontwikkelen, niet dat deze stoornis bij de geboorte aanwezig is. Of de stoornis zich al dan niet ontwikkelt hangt ook van andere aspecten af zoals de leefomgeving. Wanneer andere mensen in de familie psychische aandoeningen hebben of als iemand in de familie dysthymie heeft, heeft iemand meer kans om deze aandoening te ontwikkelen.

Ten tweede zijn er ook enkele sociale factoren. Personen die emotioneel labiel zijn dan de gemiddelde mens, hebben een grotere kans om stress te krijgen en somber te worden. Iemand die zeer stressvolle periodes heeft meegemaakt is vatbaarder voor dysthymie dan personen die een innerlijke rust hebben. Ontslagen, trauma's, geliefden die gestorven zijn, kinderen die moeten vechten: het zijn voorbeelden van stressvolle situaties in het dagelijkse leven die verder tot de ontwikkeling van deze stoornis kunnen leiden. Dysthymie komt dan ook vaker voor bij mensen zonder partner of met financiële problemen.

Psychologische factoren spelen ook een rol. Stress en tegenslag zijn er in iedereen zijn leven wel te vinden, maar het belangrijkste is om te leren ermee om te gaan. Een persoon die alles van zich af kan zetten heeft minder kans om somber te worden dan een persoon die dit niet kan. Deels heeft dit te maken met karakter. Iemand die in zijn karakter al weinig zelfvertrouwen en veel zelfkritiek heeft, loopt meer risico. Dit geldt ook bij negatieve verwachtingen voor de toekomst of een gevoel van hoopeloosheid of eenzaamheid.

7.4 Bipolaire stoornis

Een **bipolaire stoornis** is een stoornis die wordt gekenmerkt door wisselende stemmingen, dan weer manisch of hypomaan, dan weer depressief. Het wordt gerekend tot het affectieve spectrum en komt bij 2-4% van de bevolking voor.^[1] De manische periode is het tegenovergestelde ofwel de tegenpool van een depressieve periode, vandaar de term *bipolair* (tweepolig).

De stemmingswisselingen kunnen af en toe optreden, met periodes van een normale stemming tussendoor, maar ook snel achter elkaar. Snelle en wisselende op elkaar volgende vormen van stemmingen heet “rapid cycling”. Ook gemengde episodes treden op bij sommigen die met de stoornis zijn behept.

Deze stoornis openbaart zich vaak voor het eerst tijdens of na de adolescentie.

In het verleden sprak men van een “**manisch-depressieve stoornis**” (MDS), een term geïntroduceerd door de Duitse psychiater **Emil Kraepelin**. De term *bipolair* werd in 1953 voor het eerste gebruikt door **Karl Kleist**. Deze minder stigmatiserende term benadrukt de tweepoligheid van de ziekte: van tijd tot tijd extreem uitgelaten of juist extreem neerslachtig.

7.4.1 Soorten

In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* worden drie vormen van bipolaire stoornis onderscheiden:

- Bipolaire stoornis I: er treedt minimaal één manische of gemengde episode op, maar er kunnen ook hypomane of depressieve perioden optreden. Deze vorm komt het dichtst in de buurt van wat men vroeger “manisch-depressief” noemde.
- Bipolaire stoornis II: er is minimaal één episode van hypomanie en minimaal één depressieve episode. Er is geen manische of gemengde episode opgetreden.
- *Cyclothyme stoornis*: er treedt een reeks hypomane episodens op, onderbroken door episodens van lichtere depressie en uitputting.

Verder wordt in het handboek ook nog melding gemaakt van een restgroep: bipolaire stoornis niet anderszins omschreven. Hieronder vallen stoornissen die wel kenmerken van een bipolaire stoornis hebben, maar niet onder de bovenstaande ziektebeelden vallen.

Het is een blijvende (levenslang durende), geestelijke aandoening, vaak met terugkerende episodens die ernstig van aard kunnen zijn. Het vereist daarom een actieve behandeling. De stemmingswisselingen kunnen normale relaties bemoeilijken en kunnen ook van invloed zijn op alle overige aspecten van het leven.

7.4.2 Oorzaken

Een bipolaire stoornis wordt waarschijnlijk veroorzaakt door verschillende factoren die deels met elkaar samenhangen:

Biochemische factoren

Volgens verschillende onderzoeken naar biochemische factoren in relatie tot een bipolaire stoornis hebben **noradrenaline**, **dopamine** en **serotonine** een belangrijke rol bij deze stemmingsstoornis. Hiervan is een tekort bij een depressieve episode en waarschijnlijk een overvloed bij een manie. Mogelijk is een andere oorzaak een tekort aan vetzuren zoals **omega 3** in de kinder- of latere leeftijden. Deze vetzuren staan bekend als **DHA** vetzuren, **EPA**. Er zijn conclusies en bevindingen uit onderzoeken waarin omega 3-vetzuren (EPA en DHA) worden toegepast op depressieve patiënten en/ of patiënten met psychische aandoeningen zoals **ADHD**, bipolariteit, schizofrenie en autisme.

Biogenetische factoren

Uit veel onderzoeken blijkt dat de individuele kwetsbaarheid c.q. erfelijkheid een belangrijke factor zou kunnen zijn voor een bipolaire stoornis. De kans op deze stemmingsstoornis is bijvoorbeeld groter wanneer naaste familieleden ook aan de stoornis lijden. De kans dat kinderen van een ouder met de bipolaire stoornis zelf ook lijden aan de bipolaire stoornis is 20%. Als beide ouders de bipolaire stoornis hebben dan is de kans dat kinderen de stoornis ontwikkelen 50%.

Cognitief

Door verstoorde denkprocessen kan men een negatief zelfbeeld ontwikkelen wat bijdraagt aan een depressie. Door de cognitieve disfunctie kan de betrokkene een pessimistisch denkpatroon krijgen en zich bijvoorbeeld waardeloos voelen. Dit kan een depressie veroorzaken of een terugval en de duur bevorderen.

Leertheoretisch

Door echt en vermeend falen, kunnen mensen ervan overtuigd raken dat alles in het leven bij hen mislukt en dat zij geen grip meer hebben op het leven. Dit kan een factor zijn bij de ontwikkeling van een depressie. Er wordt dan gesproken over een ‘aangeleerde hulpeloosheid’.

Object- verlietheoretisch

Dit is een theorie die gaat over een onderbroken hechtingsproces tijdens de eerste 6 maanden van het leven.

Na het verlaten of het scheiden met een belangrijk persoon in deze levensfase, gaat het kind zich terugtrekken van anderen.

Verdere mogelijke oorzaken

A.L. Querido (psychiater) schrijft over de verschillen tussen psychische factoren en psychosociale factoren. Dit zijn respectievelijk interne, persoonsgebonden factoren en externe, omgevingsgebonden factoren, die invloed hebben op de binnenwereld.

Zowel positieve als negatieve gebeurtenissen, zoals promotie of echtscheiding, kunnen stress met zich meebrengen. Te veel stress (voor iemand die daar vatbaar voor is) kan bijdragen aan depressie of manie. Daarnaast is de sociale omgeving ook een belangrijke factor. Het is wetenschappelijk aangetoond dat iemand beter functioneert als hij deel uitmaakt van een groep (of netwerk) waarbinnen hij geaccepteerd en/of ondersteund wordt.

Bij psychische factoren gaat het o.a. over levensgebeurtenissen uit het verleden die niet goed verwerkt zijn (trauma). Naast het feit dat de kans op (niet-chronische) depressie vergroot wordt na een traumatische gebeurtenis, spelen problemen bij de verwerking ervan een rol bij het ontwikkelen van (chronische) manie of depressie. Het blokkeren van pijnlijke herinneringen en/of gevoelens kan leiden tot een verstoring in het gevoelsleven, en zo tot bipolariteit.

Psychoanalytische theorie

Een psychoanalytische theorie stelt dat er tijdens de opvoeding van een kind een haat-liefdeverhouding zou kunnen ontstaan tussen het kind en de moeder/verzorger op weg naar onafhankelijkheid. De verzorgende zal het kind opdragen te gehoorzamen, ook wanneer dit ten koste gaat van diens behoeften en verlangens. Het kind wil aan de verwachtingen van de ouder(s) voldoen, maar tegelijkertijd is hij/zij kwaad over hun eisen. De bipolaire stoornis zou dan voortkomen uit de verstoorde ego-ontwikkeling waarbij woede zich naar binnen keert (depressie). Door de ontkenning van deze innerlijke depressie zou zich een spiegelbeeld manifesteren. Het aldus gevormde superego zou dan leiden tot manisch gedrag.

7.4.3 Behandeling

Behandeling richt zich op lange termijn op het voorkomen van manische en depressieve episoden. Hierbij wordt vaak een combinatie van medicatie, voorlichting en soms psychotherapie toegepast.

Als medicatie voor het voorkomen van episoden worden stemmingsstabiliserende middelen gebruikt. Lithiumcarbonaat is het meest gebruikte middel. Daarnaast bestaan ook de middelen valproaat, aripiprazol,

carbamazepine, olanzapine en lamotrigine.

Voor de behandeling van manieën worden als medicijnen antipsychotica gebruikt. Voor de behandeling van depressies worden antidepressiva terughoudend gebruikt, want hierbij bestaat het risico dat deze middelen een manie uitlokken. Naast deze middelen worden ook angstdempende en rustgevendende middelen gebruikt.

Er bestaat nog geen protocol dat beschrijft hoe stemmingsstabiliserende middelen “indien nodig” gebruikt kunnen worden. De meningen^[2] lijken zwart-wit verdeeld te zijn tussen altijd gebruiken of nooit gebruiken.

7.4.4 Externe links

- Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen
- Upsendowns.be - Vereniging voor Manisch-Depressieve personen en betrokkenen (in België)
- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (in Nederland)

Hoofdstuk 8

angststoornissen

8.1 Angststoornis

Een **angststoornis** is een psychische aandoening die zich kenmerkt door de aanwezigheid van een pathologische angst. Angst is een gevoel dat optreedt bij dreigend gevaar. De emotie ontstaat als het welzijn van een persoon direct wordt bedreigd, maar ook als een persoon een situatie als bedreigend ervaart. Angsten kunnen kortdurend zijn, maar ook langdurend, soms zelfs levenslang. Als een angst geen reële grond heeft en de betrokken persoon er sociale problemen door ondervindt, is er sprake van een stoornis. Sommige van deze aandoeningen worden fobie genoemd.

Angststoornissen zijn in de psychiatrie de meest voorkomende aandoeningen. Over het algemeen komen angststoornissen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De groep angststoornissen is in het DSM-IV als volgt ingedeeld:

- Acute stressstoornis
 - Agorafobie (zonder historie van de paniekstoornis)
 - Angststoornis door een somatische aandoening
 - Gegeneraliseerde angststoornis
 - Obsessieve-compulsieve stoornis
 - Paniekstoornis (met of zonder agorafobie)
 - Posttraumatische stressstoornis
 - Specifieke fobie
 - Sociale fobie
-
- Angststoornis door alcohol of drugs
 - Emetofobie
 - Angststoornis niet anderszins omschreven (restgroep)

zie ook het artikel fobie

8.1.1 Behandeling

Behandeling geschiedt voor twee stadia; de acute paniekaanval die veelal gepaard gaat met hyperventilatie, en de langdurige stress tussen paniekaanvallen dat veroorzaakt wordt door de angst om een paniekaanval te krijgen (in het engels 'anticipatory anxiety' genoemd). Ademhalingsoefeningen kunnen helpen tegen hyperventilatie, maar soms zijn andere middelen of technieken nodig.

Medicatie

Alleen op korte termijn kunnen angst en spanning met benzodiazepinen worden verminderd.

paniekaanvallen reageren vaak goed op een SSRI

Bij de Obsessieve-compulsieve stoornis zijn SSRI's aanvullend van waarde

Bij de *Gegeneraliseerde angststoornis en fobieën kan per geval de keuze voor een SSRI gemaakt worden.

Psychotherapie

Bij angststoornissen heeft de gedragstherapie te weten systematische desensitisatie zich bewezen. Meestal bestaat er daarbij ook aandacht voor de irrationele gedachten die de cliënt heeft over zijn angst en wordt cognitieve gedragstherapie toegepast.

8.1.2 Externe link

- Trimbosinstituut

8.2 Acute stressstoornis

De **acute stress-stoornis** is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Ondanks dat deze als zodanig staat beschreven is het echter **geen** psychiatrische of aanverwante stoornis. De stoornis kan optreden direct nadat iemand is blootgesteld

aan een ernstige **traumatische ervaring** (in de volksmond ook wel aangeduid als **shock**). De reacties op dit trauma zijn sterke gevoelens van **angst**, afschuw, machteloosheid en hulpeloosheid.

Er kan ook sprake zijn van een (niet acute?) stressstoornis wanneer men op jonge leeftijd veel meemaakt. Wanneer iemand in de baby- of kinderleeftijd, als adolescent dan wel jong volwassene veel ernstige dingen meemaakt, of voor zijn leven moet knokken, ellende, rouwverwerking en ander verdriet met een grote emotionele belasting meemaakt, kan deze stoornis optreden. Echter, in deze gevallen kan deze stoornis herhaaldelijk terugkeren, en heel lang aanhouden. Als de stoornis optreedt lang nadat de traumatische ervaring zich heeft afgespeeld, spreekt men van een **posttraumatische stressstoornis** (PTSS).

Wie aan de acute stress-stoornis lijdt, heeft meestal een verdoofd en/of afgevlakt gevoel, ontwikkelt problemen met geheugen, slaap en concentratie, is prikkelbaar, schrikachtig of angstig en ervaart het trauma regelmatig opnieuw.

Een bekend voorbeeld van een acute stress-situatie wordt getoond in de bekendste Titanicfilm. Bruce Ismay stapt in een reddingsboot van de Titanic en kan de rest van het zinkproces vanop afstand volgen. Hij zucht echter maar en kijkt treurig van het schip weg, hij ziet en hoort niets meer, hij is helemaal van de kaart. Meer dan zes uur later, als hij veilig en wel aan boord van de Carpathia is, kan hij alleen nog mompelen: "Ik ben Bruce Ismay, ik ben Bruce Ismay..." Niet veel later is hij weer de oude.

8.3 Agorafobie

Agorafobie^[1] is een **psychische aandoening** die in de DSM-IV gezien wordt als onderdeel van verschillende **angststoornissen**.^[2] De Nederlandse naam is een vertaling van het Duitse *Agoraphobie*.^[3] Dit begrip is afkomstig uit het Grieks: *ἀγορά* (*agorá*) betekent *markt*^[4] en *φόβος* (*phóbos*) betekent *angst* of *vrees*^[4]. In het Nederlands wordt ook wel de naam **pleinvrees**^{[5][1]} of **ruimte-vrees**^[6] gebruikt wanneer men doelt op angst voor open ruimten. Daarnaast wordt ook nog het begrip **straatvrees**^{[5][1]} of **kenofobie**^{[5][1]} gebruikt.

Algemeen gesteld is agorafobie de **angst** om een vertrouwde en veilige omgeving te verlaten. Dit kan de vorm aannemen van angst voor open ruimten,^[7] pleinen^[3] of straten,^[3] situaties waarin veel mensen bij elkaar komen^[1] of de angst in verlegenheid gebracht te worden of niet 'terug te kunnen keren'. Ook reizen (bijvoorbeeld met trein, bus of auto)^[1] kan deze angst veroorzaken.

De aandoening kan in verschillende gradaties voorkomen. In lichte gevallen voelt de persoon wel onrust, maar is in staat zich in openbare gelegenheden te begeven. Zijn sociale contacten zijn verder normaal. In ernstige gevallen trekt de persoon zich terug op een plaats die hij als vertrouwd of veilig beschouwt en mijdt zo veel mogelijk

het contact met anderen. Dit kan soms jaren duren en leiden tot een ernstig **sociaal isolement**. Uiteraard zijn ook allerlei tussenvormen mogelijk.

Als er sprake is van **paniekaanvallen**, kan agorafobie ook een ander beeld hebben. De stoornis wordt dan gezien als een anticipatieangst, een angst voor angst als het ware. Het zijn in dit geval niet zozeer de open ruimten of groepen mensen die de persoon angst inboezemen, maar de verwachting om een paniekaanval te krijgen. Deze angst leidt op zijn beurt weer tot het vermijden van situaties waarin de persoon denkt in paniek te zullen raken.

Agorafobie wordt vaak gezien als de tegenhanger van **claustrofobie** (angst voor afgesloten ruimten), maar dit is misschien wat te eenvoudig voorgesteld. In een trein kunnen agorafobie en claustrofobie bijvoorbeeld dezelfde onrust of angstsymptomen veroorzaken, althans in de waarneming van de omstanders. In het eerste geval bestaat echter de angst om de vertrouwde omgeving te verlaten, in het tweede geval de angst om in de trein opgesloten te raken.

De DSM-IV beschouwt agorafobie alleen als zelfstandige stoornis als er geen sprake is van sterke paniekaanvallen (agorafobie zonder anamnese van paniekstoornis), maar deelt deze in bij de **paniekstoornis** met agorafobie als dit wel het geval is. In dit kader stelt het handboek de volgende criteria voor de zelfstandige stoornis:

- **A.** De aanwezigheid van agorafobie in relatie met de angst om paniekachtige symptomen te ontwikkelen (bijvoorbeeld duizeligheid of diarree).
- **B.** Er zijn geen criteria voor de paniekstoornis aanwezig.
- **C.** De stoornis is geen direct gevolg van de inname van een substantie (bijvoorbeeld drugs, geneesmiddelen) of een somatische aandoening.
- **D.** In het geval van een somatische aandoening is de angst zoals beschreven in criterium A duidelijk ernstiger dan normaal bij de somatische aandoening.

Als er wel sprake is van paniek, gelden de volgende criteria:

- **A.** Angst voor plaatsen of situaties waaruit ontsnappen moeilijk of gênant is of waarin geen hulp beschikbaar is als er een paniekaanval of paniekachtige symptomen optreden. Tot de agorafobische angsten behoren kenmerkende situaties, waaronder alleen uit huis zijn, zich in een mensenmassa bevinden, in een wachtrij staan, op een brug staan of reizen in een bus, trein of auto. N.B: als het vermijdende gedrag zich beperkt tot één of slechts enkele situaties, moet de diagnose van een specifieke fobie worden overwogen. Als het vermijdende gedrag zich beperkt tot sociale situaties, kan er sprake zijn van een sociale fobie.

- **B.** De persoon vermijdt de situaties (reizen wordt bijvoorbeeld beperkt), er is sprake van duidelijke stress of angst voor een paniekaanval of paniekachtige symptomen, of de persoon wil een begeleider hebben.
- **C.** De angst of het fobisch gedrag is niet te verklaren als uiting van een andere psychische aandoening, bijvoorbeeld de sociale fobie (bijvoorbeeld vermijding van sociale contacten uit angst in verlegenheid gebracht te worden), specifieke fobie (bijvoorbeeld vermijding van specifieke situaties zoals een lift), obsessief-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld vermijding van vuil door iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld vermijding van prikkels die gekoppeld zijn aan een sterke stressfactor) of verlatingsangst (bijvoorbeeld vermijding om huis of familie te verlaten).

8.3.1 Literatuurverwijzingen

- [1] Everdingen, J.J.E. van, Eerenbeemt, A.M.M. van den (2012). *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* (12de druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- [2] American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de uitgave). Washington, DC: Auteur.
- [3] Westphal, C. (1872/1998). *Die Agoraphobie*. Oorspronkelijk verschenen in *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (pp. 138-161), vertaling verschenen in *Angsten paniekstoornissen. Deel II. De teksten*. (pp. 119-147). Amsterdam: Uitgeverij Candide/Wrede Veldt.
- [4] Liddell, H.G. & Scott, R. (1940). *A Greek-English Lexicon. revised and augmented throughout by Sir Henry Stuart Jones. with the assistance of. Roderick McKenzie*. Oxford: Clarendon Press.
- [5] Berg, H. van den & Meijer, B. (1991). *Zakwoordenboek van de psychiatrie*. Arnhem: Elsevier-Koninklijke PBNA.
- [6] Essen, J. van (1938). *Beschrijvend en verklarend woordenboek der psychologie* (1ste druk). Haarlem: De Erven F. Bohn. N.V.
- [7] Anderson, D.M. (2000). *Dorland's illustrated medical dictionary* (29ste uitgave). Philadelphia/London/Toronto/Montreal/Sydney/Tokyo: W.B. Saunders Company.

8.4 Angststoornis door een somatische aandoening

Een **angststoornis door een somatische aandoening** is een psychische aandoening. De symptomen zijn angsten en paniekaanvallen die zijn terug te voeren op een lichamelijke aandoening. In het DSM-IV zijn stoornissen van dit type gerangschikt onder de angststoornissen.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor angststoornissen door een somatische aandoening:

- **A.** Zware angst, paniekaanvallen, obsessies of compulsies zijn overheersend in het klinische beeld.
- **B.** Uit het ziektebeeld, fysiologisch onderzoek of laboratoriumonderzoek blijkt dat de stoornis een direct fysiologisch gevolg is van een lichamelijke aandoening.
- **C.** De stoornis is niet uitsluitend onderdeel van een andere psychische aandoening (bijvoorbeeld een **aanpassingsstoornis met angst**, waarbij de stressfactor een ernstige lichamelijke aandoening is).
- **D.** De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens een delier.
- **E.** De stoornis veroorzaakt klinisch ernstig lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen.

8.5 Gegeneraliseerde angststoornis

De **gegeneraliseerde angststoornis** (GAS) is een psychische aandoening waarbij de patiënt lijdt aan langdurige buitensporige angstgevoelens en zorgen die moeilijk onder controle te krijgen zijn. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de angststoornissen.

8.5.1 Verschijnselen

Voor wie aan een gegeneraliseerde angststoornis lijdt, staan de frequentie, intensiteit en duur van de zorgen niet in verhouding tot hun feitelijke bron. De optredende spanningen staan de dagelijkse gang van zaken in de weg. Het betreft vaak zorgen over werk, geld en gezondheid (ook van anderen). Ook maakt iemand zich vaak overmatig veel zorgen over op tijd zijn voor afspraken, het schoonhouden van het huis en de ordelijkheid van de werkplek. Er zijn ook lichamelijke symptomen: afkoeling, klamme handen, hyperactiviteit, moeite met slikken, problemen met het maag-darmkanaal, diarree, schrikachtigheid, spierspanningen, misselijkheid en zweten. De betroffene wordt bovendien snel moe en heeft slaapproblemen. Hij is vaak snel geïrriteerd en klaagt over een gespannen gevoel. De diagnose is niet eenvoudig, omdat de aandoening ook een teken kan zijn van andere angststoornissen, zoals de **paniekstoornis**, een **depressieve stoornis**, of van misbruik van drugs of geneesmiddelen.

Gegeneraliseerde angststoornissen komen bij circa vier procent van de bevolking voor, waarvan twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen. De stoornis ontwikkelt zich vaak in de jeugd en kan vele jaren aanhouden, met een wisselende sterkte. Tijdens perioden van stress kan de stoornis plotseling verergeren.^[1]

8.5.2 Behandeling

Psychotherapeutisch

De beste behandelingen voor angststoornissen zijn vaak gedragstherapeutische behandelingen gebaseerd op exposure (graduele blootstelling aan de angstveroorzakende factoren) en behandelingen vanuit **Acceptance and Commitment Therapy**.^[2] Deze behandeling heeft echter alleen het beoogde gevolg als aan de angststoornis psychische conflicten ten grondslag liggen. Vaak is dat niet het geval, waardoor medicamenteuze therapie noodzakelijk is.^[1]

Medicamenteus

Tot en met de tachtiger jaren, werden angststoornissen voornamelijk met **benzodiazepines** behandeld. Dit zijn zeer effectieve middelen. Nadelen van deze middelen zijn het versuffende effect, en met name het optreden van **tolerantie** en het risico op **verslaving**. Deze middelen werken via hun interactie met de **GABA-A receptor**. Voorbeelden zijn **diazepam (Valium)**, **oxazepam (Seresta)**, **lorazepam (Temesta)**, **bromazepam (Lexotanil)** en **alprazolam (merknaam: Xanax)**. Benzodiazepines zijn geschikt voor een kortdurende behandeling van angst, voor de behandeling van een acute fase van de angst en bij slaapproblemen.^[3]

Tegenwoordig beschouwt men de **antidepressiva** van de types **SSRI** en **SNRI** als middelen van eerste keuze. Voorbeelden zijn **paroxetine (Seroxat)**, **citalopram (Cipramil)**, **fluvoxamine (Fevarin)**, **fluoxetine (Prozac)** en **venlafaxine (Efexor)**. Deze middelen worden over het algemeen goed verdragen. De werking van deze middelen treedt pas na een paar weken in.^[3]

Barbituraten en overige middelen voor de behandeling van GAS zijn vaak: **bupiron (Buspar)**, **clomipramine (Anafranil)**, **moclobemide (Aurix)** en **fenziline (Nardil)**.^[3]

Een recente ontwikkeling is de ontdekking dat sommige **anti-epileptica** ook een angst-verminderende werking hebben; bijvoorbeeld **gabapentine** en **pregabaline**.^[3]

8.6 Obsessieve-compulsieve stoornis

De **obsessieve-compulsieve stoornis**^[1] (OCS, ook: OCD), ook vaak **obsessief-compulsieve stoornis**^[2] of **dwangstoornis** genoemd, is een psychische aandoening die in het DSM-IV is gecategoriseerd als angststoornis. De oude naam van de aandoening is *dwangneurose*. In DSM-5 wordt de stoornis echter ingedeeld in een apart hoofdstuk over obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen.

8.6.1 Algemeen

Lang niet alle lijdens aan OCS ervaren angst. Soms kan angst ook een gevolg, en niet zozeer de oorzaak van een dwanghandeling of dwanggedachte zijn. OCS komt in verschillende vormen voor, maar het meest voorkomende kenmerk is een **obsessieve drang** om bepaalde handelingen uit te voeren, die **rituelen** worden genoemd. De OCS-patiënt voert deze handelingen (**compulsies**) uit als reactie op dwangmatige gedachten (**obsessies**). Voor anderen lijken deze handelingen overbodig en zij hebben ook geen oog voor de details, maar voor de patiënt zijn deze handelingen van vitaal belang en moeten ze volgens een bepaald patroon worden uitgevoerd om vermeende nadelige gevolgen te voorkomen. Voorbeelden zijn het zeer vaak controleren of een deur gesloten is of het overmatig vaak wassen van de handen (niet te verwarren met de specifieke smetvrees of mysofobie). Ook kan de handeling of gedachte een gevolg zijn van een sterk verantwoordelijkheidsgevoel, zoals de angst om iets kwetsbaars als een kind iets ergs aan te doen.^[3] OCS komt zowel bij kinderen, adolescenten als volwassenen voor, en veel OCS-volwassenen hadden ook in hun jeugd al OCS-symptomen.

8.6.2 Oorzaken

Psychiatrische aandoeningen zijn complex en daarom is het aanwijzen van een specifieke oorzaak meestal niet mogelijk. Lange tijd was binnen de psychiatrie de **psychoanalytische** opvatting dominant dat oorzaken meestal gezocht moesten worden in de vroege kindertijd en met name veroorzaakt werden door (**verdrongen**) ambivalente gedachten en gevoelens, vaak over seksualiteit.^[4] Deze zienswijze heeft in recente decennia echter fors aan invloed ingeboet. Tegenwoordig gaat men er in zijn algemeenheid van uit dat de interactie van **genetische** en **omgevingsfactoren** de vatbaarheid voor het ontwikkelen van OCS veroorzaken.^[5]

• Psychologische factoren

Vanuit het standpunt van de evolutiepsychologie had steeds herhaald of stereotiep gedrag ooit een functie om zich te beschermen tegen indringers, natuurgeweld, onhygiënische omstandigheden of gebrek aan voedsel ('hamsteren'). Het is anders gezegd een oerdrift die nog steeds diep in de menselijke genen aanwezig is.

• Genetische factoren

Uit tweelingenonderzoek blijkt dat genetische factoren een rol spelen: als de helft van een eeneiige tweeling OCS heeft, dan is de kans dat de andere helft het ook heeft groter dan bij twee-eiige tweelingen. Tevens is het zo dat de kans op het ontwikkelen van OCS ook groter is voor personen met een kind of ouder die OCS heeft, vergeleken met de algehele bevolking.

- **Hersenbeschadiging**

In zeldzame gevallen is een hersenbeschadiging de oorzaak van OCS.

- Encefalitis
- Streptokokkeninfectie bij kinderen
- Diverse soorten hersenbeschadiging, direct voorafgaand aan het optreden van OCS

- **Neurologische afwijkingen**

Er is bewijs dat **neurologische** afwijkingen de basis vormen voor het ontwikkelen van OCS. Patiënten met OCS zouden meer **grijze stof** en minder **witte stof** in hun hersenen hebben, vergeleken met normale controlepersonen.

Uit meer recent onderzoek blijkt verder dat de hersenactiviteit van OCS-patiënten afwijkt van die van gezonde personen. Zo vertonen OCS-patiënten in fMRI-scans een verhoogde activiteit in de **prefrontale schors** van de hersenen en **nucleus caudatus**. Het laatste is een belangrijk motorisch schakelgebied in de **basale ganglia** dat veel verbindingen heeft met de voorste gebieden in de hersenen. Mogelijk is er bij OCS-patiënten sprake van een **hyperconnectiviteit** (te veel onderlinge verbindingen) tussen de nucleus caudatus met die voorste hersengebieden. Er treedt dan een verstoring op in de communicatie tussen delen in de frontale hersenen die cognitieve processen regelen als het nemen en belonen van beslissingen, en structuren in de basale ganglia betrokken bij de selectie van handelingen.

- **Neurotransmitters**

Recent zijn eveneens aanwijzingen gevonden uit onderzoek van mens en dier dat OCS symptomen samenhangen met een disfunctie van neurotransmittersystemen. Belangrijkste kandidaten zijn a) een tekort of onderproductie van **serotonine** in basale ganglia^[6] en b) verhoogde **dopamineniveaus** in de prefrontale cortex.^[7] Met name **dopamine-D2-receptoren** zouden hierbij een rol spelen.^[8] Waarschijnlijk betreft het hier twee met elkaar interagerende systemen. Daarom zouden mogelijk (**SSRI**) (selectieve serotonineheropnamers) niet altijd effectief zijn in de behandeling van OCS-symptomen.

8.6.3 Diversen

De meeste OCS-patiënten zijn zich er terdege van bewust dat hun gedrag niet rationeel is, maar toch blijven ze hun dwangmatige handelingen uitvoeren om te voorkomen dat ze angstig of gespannen worden. Andere patiënten zien hun gedrag niet als uitzonderlijk en zijn daarvan ook niet te overtuigen. In dat geval is hun OCS verwant aan een **persoonlijkheidsstoornis** en heeft het een andere naam, namelijk dwangmatige- of obsessieve-compulsieve

persoonlijkheidsstoornis (OCPS) en moet niet verward worden met OCS. Er is nog een derde groep die geen dwangmatige handelingen verricht. In hun geval blijft het ziektebeeld beperkt tot dwanggedachten. Bij deze laatste groep komt het voor dat zich uiteindelijk toch rituelen (dwanghandelingen) ontwikkelen om de dwanggedachten te neutraliseren.

De term *obsessief* wordt ook in andere contexten gebruikt, vaak om aan te geven dat iemand zeer geconcentreerd of **perfectionistisch** met zijn taken bezig is. In dit geval is er natuurlijk lang niet altijd sprake van een stoornis. Dit is pas het geval als het obsessieve of compulsieve gedrag normaal functioneren in de weg staat. Het is ook van belang om OCS en andere typen van angst of spanning te onderscheiden, waaronder de spanningen en stress die in het dagelijks leven kunnen voorkomen.

8.6.4 Diagnostische criteria

De **DSM-IV** (American Psychological Association, 1994) geeft de volgende criteria voor de obsessieve-compulsieve stoornis:

- **A. Aanwezigheid van dwanggedachten (obsessies) of dwanghandelingen (compulsies):**

Criteria voor dwanggedachten:

1. Terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen die worden beleefd als opgedrongen of zinloos en die angst of spanning veroorzaken.
2. De gedachten, impulsen of voorstellingen zijn meer dan een overdreven bezorgdheid over problemen in het dagelijkse leven.
3. De persoon probeert de gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren of te onderdrukken, of te neutraliseren met een andere gedachte of handeling.
4. De persoon is zich ervan bewust dat de obsessieve gedachten, impulsen of voorstellingen een product van zijn of haar eigen geest zijn (niet opgelegd door gedachte-inbrenging).

Criteria voor dwanghandelingen:

1. Herhaald gedrag (bv. handen wassen (**smetvrees**), ordenen, controleren) of geestelijke handelingen (bv. bidden, tellen, woorden zachtjes herhalen) die de persoon uitvoert als reactie op een obsessie of die worden uitgevoerd volgens strikte regels.
2. Het gedrag of de geestelijke handelingen zijn gericht op het voorkomen of verminderen van spanning of het voorkomen van een gevreesde situatie. Deze gedragspatronen of geestelijke handelingen hangen echter niet reëel samen met de gebeurtenis die verminderd of voorkomen moet worden of zijn duidelijk overdreven.

- **B.** Op een bepaald punt tijdens de aandoening ziet de persoon in dat de obsessies of compulsies overdreven en onnodig zijn. N.B.: Dit is niet van toepassing op kinderen.
 - **C.** De obsessies of compulsies veroorzaken duidelijk spanning, kosten veel tijd (meer dan een uur per dag) of doen ernstig inbreuk op de dagelijkse bezigheden, het werk (of studie) of sociale activiteiten en relaties.
 - **D.** Als een andere aandoening uit As I is geconstateerd, blijft de inhoud van de obsessies of compulsies daartoe niet beperkt (bv. preoccupatie met voedsel bij een eetstoornis, haar uittrekken bij trichotillomanie, bezorgdheid over het uiterlijk bij een stoornis van de lichaamsbeleving, preoccupatie met drugs bij een verslavingsstoornis, preoccupatie met een ernstige ziekte bij hypochondrie, preoccupatie met seksuele driften of fantasieën bij parafilie of schuldgevoelens bij klinische depressie).
 - **E.** De stoornis is niet het gevolg van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of geneesmiddelen) of een somatische aandoening.
- **Fluoxetine** (Prozac, Fluox, Fontex, Fluoxemed, Fluoxone) gebruikelijke dosis: 80 mg
 - **Fluvoxamine** (Fevarin, Floxyfral) gebruikelijke dosis: 300 mg
 - **Sertraline** (Zoloft, Serlain) gebruikelijke dosis: 200 mg
 - **Paroxetine** (Seroxat, Aropax) gebruikelijke dosis: 60 mg
 - **Citalopram** (Cipramil) gebruikelijke dosis: 60 mg
 - **Escitalopram** (Lexapro, Sipralaxa) gebruikelijke dosis: 20 mg
- **Andere medicatie**
 - **Clomipramine** (Anafranil) gebruikelijke dosis: 250 mg
 - **Venlafaxine** (Efexor) gebruikelijke dosis: 375 mg
 - **Quetiapine** (Seroquel) gebruikelijke dosis: 500-750 mg

8.6.5 Behandeling

Gedragstherapie

OCS wordt meestal behandeld via een vorm van gedragstherapie of cognitieve gedragstherapie. Soms normaliseert zich na behandeling met gedragstherapie, mindfulness oefeningen^{[9][10]} het aanvankelijk afwijkend gedrag en afwijkende hersenactiviteit.^{[11][12]}

Voor de meeste patiënten geldt dat een combinatie van gedragstherapie en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (voornamelijk SSRIs) het meest effectief is. Bij dwangstoornissen blijkt er sterk sprake te zijn van experiëntiële vermijding. Recent werd aangetoond dat ook Acceptance and Commitment Therapy, die zich onder meer richt op deze experiëntiële vermijding, effectief is voor OCS.^{[13][14]}

Diepe hersenstimulatie

Gebleken is dat, bij ernstige en hardnekkige gevallen, toepassing van diepe hersenstimulatie in een gebied vlak naast de amygdala een gunstig therapeutisch effect kan hebben op de stoornis. Het laatste suggereert dat OCS kan samenhangen met een verstoring van bepaalde circuits in het limbische systeem van de hersenen die betrokken zijn bij regulatie van basale emoties. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de mogelijkheden die stimulatie van de amygdala biedt.

Geneesmiddelen

- SSRIs

Bijwerkingen (meestal van voorbijgaande aard) van SSRIs kunnen zijn: toename angstgevoelens gedurende de eerste weken, seksuele problemen, diarree, hoofdpijn, misselijkheid en slapeloosheid. Clomipramine: duizeligheid, sufheid, droge mond en seksuele problemen. Venlafaxine: wazig zien, hoofdpijn, seksuele problemen en misselijkheid.

8.6.6 Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de uitgave). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Damiaan Denys, Femke de Geus (redactie). *Handboek obsessieve-compulsieve stoornissen*, de Tijdstroom, 2007. ISBN 9789058980878.

8.6.7 Externe links

- Hulpverlening in het AMC
- Vlaamse Vereniging Angst en Dwang, zelfhulpgroep voor OCS-patiënten
- Vlaamse Vereniging Gilles de la Tourette

8.7 Paniekstoornis

De **paniekstoornis** is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen.

Vroeger werd deze aandoening verward met **hyperventilatie**. Het belangrijkste kenmerk van de stoornis is het regelmatig optreden van **paniekaanvallen**. Paniek is gewoon in een (levens-)gevaarlijke situatie, maar in het geval van een paniekstoornis is de paniek pathologisch van aard en de mate van paniek staat niet in verhouding tot de omstandigheden. Indien de paniek herhaaldelijk optreedt bij confrontatie met een (specifiek) object of in een (specifieke) situatie, is er mogelijk sprake van een andere psychische aandoening, bijvoorbeeld **PTSS** of een **fobie** (zie de exclusies in criterium D).

Paniek is een kortdurende, maar zeer sterke angstaanval die zowel lichamelijke als psychische gevolgen heeft. De persoon heeft tijdens een aanval een verhoogd **hartritme**, transpireert, heeft **ademhalingsproblemen**, kan misselijk of duizelig worden en heeft soms **koude rillingen**. Psychische gevolgen zijn de **angst om dood te gaan** of de angst lichamenlijk letsel op te lopen, een verdoofd gevoel en **derealisatie** of **depersonalisatie**.

In veel gevallen komt het voor dat de persoon ook een angst ontwikkelt om een paniekaanval te krijgen. Hij zal in dit geval alle situaties mijden die dit risico met zich meedragen. Dit wordt **agorafobie** of **pleinvrees** genoemd. Het DSM-IV onderscheidt de paniekstoornis met en zonder agorafobie als twee afzonderlijke aandoeningen. Het handboek vermeldt ook agorafobie zonder historie van de paniekstoornis (dus agorafobie zonder paniekaanvallen).

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de paniekstoornis met agorafobie:

- A. Zowel (1) als (2) zijn van toepassing:
 1. Herhaalde onverwachte paniekaanvallen.
 2. Minimaal één van de aanvallen is gevolgd door minstens één maand met minstens één van de volgende criteria:
 - (a) Aanhoudende zorg over nieuwe aanvallen.
 - (b) Zorg over implicaties of gevolgen van de aanval (bijvoorbeeld de macht over zichzelf verliezen, een hartaanval krijgen, gek worden).
 - (c) Een duidelijke verandering in gedrag in relatie tot de aanvallen.
- B. Het optreden van **agorafobie**.
- C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening of van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of medicijnen).
- D. De paniekaanvallen zijn niet uitsluitend het gevolg van een andere psychische aandoening, bijvoorbeeld de **sociale fobie** (bijvoorbeeld blootstelling aan gevreesde sociale situaties), **specifieke fobie**

(bijvoorbeeld blootstelling aan een specifiek fobische situatie), **obsessieve-compulsieve stoornis** (bijvoorbeeld blootstelling aan vuil van iemand met smetvrees), **posttraumatische stressstoornis** (bijvoorbeeld als gevolg van prikkels die gekoppeld zijn aan een ernstige stressfactor) of **separatieangst** (bijvoorbeeld als reactie op het verlaten van huis of gezinsleden).

Voor de paniekstoornis zonder agorafobie gelden de volgende criteria:

- A. Zowel (1) als (2) zijn van toepassing:
 1. Herhaalde onverwachte paniekaanvallen.
 2. Minimaal één van de aanvallen is gevolgd door minstens één maand met minstens één van de volgende criteria:
 - (a) Aanhoudende zorg over nieuwe aanvallen.
 - (b) Zorg over implicaties of gevolgen van de aanval (bijvoorbeeld de macht over zichzelf verliezen, een hartaanval krijgen, gek worden).
 - (c) Een duidelijke verandering in gedrag in relatie tot de aanvallen.
- B. Afwezigheid van **agorafobie**.
- C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of medicijnen) of een somatische aandoening.
- D. De paniekaanvallen zijn niet uitsluitend het gevolg van een andere psychische aandoening, bijvoorbeeld de **sociale fobie** (bijvoorbeeld blootstelling aan gevreesde sociale situaties), **specifieke fobie** (bijvoorbeeld blootstelling aan een specifiek fobische situatie), **obsessieve-compulsieve stoornis** (bijvoorbeeld blootstelling aan vuil van iemand met smetvrees), **posttraumatische stressstoornis** (bijvoorbeeld als gevolg van prikkels die gekoppeld zijn aan een ernstige stressfactor) of **separatieangst** (bijvoorbeeld als reactie op het verlaten van huis of gezinsleden).

8.7.1 Oorzaak

De oorzaak van de paniekstoornis is een combinatie van biologische factoren (erfelijkheid; somatische stoornissen, zoals een mitraalklepprolaps of een afwijking van de schildklier) en psychische gebeurtenissen (life events).

8.7.2 Behandeling

Voor de paniekaanvallen is een SSRI het middel van eerste keuze. Voor de pleinvrees kan daarna **in-vivodesensitisatie** worden ingezet.

8.8 Posttraumatische stressstoornis

De **posttraumatische stressstoornis** (PTSS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV was ingedeeld bij de angststoornissen. In de DSM-5 is de stoornis opgenomen in een nieuw hoofdstuk, *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen*.^[1] Daarnaast zijn ook de criteria op een aantal fronten gewijzigd. Deze wijzigingen zijn beschreven in het whitepaper *Posttraumatische stressstoornis*.^[2]

De aandoening ontstaat als gevolg van ernstige stressgevendende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch.

Voorbeelden van ernstige stressgevendende situaties zijn:

- Oorlog, burgeroorlog en andere gewapende conflicten (shellshock (WO I), *battle fatigue* en concentratiekampsyndroom (WO II))
- Gewelddadige aanvallen, agressie of bedreigingen (bijvoorbeeld huiselijk geweld, overval, beroving, marteling)
- Getuige zijn van extreem geweld.
- Verkrachting, seksueel misbruik of incest.
- Kindermishandeling (bijvoorbeeld lichamelijk misbruik, verwaarlozing of emotionele/psychische mishandeling)
- Zware verwondingen als gevolg van bijvoorbeeld een verkeersongeval of verbranding

8.8.1 Symptomen

De symptomen zijn herbeleving (nachtmeries of flashbacks), vermijding van herinneringen of emotionele uitschakeling hiervan, ernstige prikkelbaarheid en slaapstoornissen, extreme spanning als gevolg van bepaalde prikkels, irritatie en hevige schrikreacties. Het is ook mogelijk dat de persoon symptomen van andere psychische aandoeningen vertoont zoals een klinische depressie. Van PTSS is sprake wanneer de symptomen langer dan een maand duren. Wanneer deze korter dan een maand duren, spreekt men van *acute stressstoornis*. PTSS is met behandeling te genezen of te verbeteren. Soms kan dit ook spontaan gebeuren. Tevens kan het voorkomen dat er verschijnselen van *catatonie*, als symptoom optreden.

8.8.2 Indeling

PTSS valt onder de psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen en moet niet worden verward met het nor-

male verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis. Voor de meeste mensen verdwijnen de emotionele gevolgen van een trauma na enkele maanden. Als deze echter langer duren, kan er sprake zijn van een psychische aandoening. Als de stoornis niet wordt behandeld, kan deze zeer ernstige vormen aannemen.

8.8.3 Behandeling

De geijkte behandeling bestaat uit trauma gerichte cognitieve gedragstherapie (CGT), waarin onder andere gewerkt wordt aan het oplossen en verminderen van de angstklachten door middel van *imaginaire exposure* aan de herinneringen van de traumatische gebeurtenis en *blootstelling* door middel van exposure in vivo. Verder wordt een divers spectrum aan medicatie voorgeschreven om de symptomen van angst te onderdrukken; antidepressiva, slaapmiddelen en angstremmers (benzodiazepines).

Naast CGT met *imaginaire exposure* zijn andere psychologische behandelingen werkzaam gebleken. Alle werkzame behandelingen voor PTSS zijn traumagericht en komen overeen dat men in gedachten teruggaat naar de traumatische gebeurtenis. BEPP (*Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS*) en EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) zijn alternatieven voor CGT. Bij BEPP wordt naast *imaginaire exposure* ook tijd besteed aan informatie over het ziektebeeld PTSS. Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis wordt men nooit meer de persoon als voorheen. Men leert namelijk van de gebeurtenis. Daarom wordt in BEPP ook aandacht besteed aan hoe de traumatische gebeurtenis het zelfbeeld en de kijk op de wereld heeft veranderd. BEPP is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van politiemensen met een PTSS. Deze behandelmethode bleek ook werkzaam bij anderen^{[3][4]}. EMDR is naast de behandeling van PTSS bij volwassenen^{[5][6]} ook effectief bij behandeling van kinderen^{[7][8]}.

8.8.4 Noten

- [1] PTSS valt in DSM-5 niet meer onder angststoornissen Boom Psychologie, 26 mei 2014
- [2] DSM-5 whitepaper: Posttraumatische-stressstoornis 2013
- [3] Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., van der Kolk, B., A randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy in police officers with posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress* 13 (2):333-347,2000
- [4] Ramón J.L. Lindauer, Berthold P.R. Gersons, Els P.M. van Meijel, Karin Blom, Ingrid V.E. Carlier, Ineke Vrijlandt, Miranda Olf, Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial, *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18:205-212

- [5] Högberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tärnell B, Hällström T. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers--a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(1):54-61.
- [6] Rothbaum BO. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin*. 1997 Summer;61(3):317-34.
- [7] Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(5):349-54.
- [8] Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Sep 10

8.9 Specifieke fobie

Een **specifieke fobie** is een **psychische aandoening** die in het **DSM-IV** is ingedeeld bij de **angststoornissen**. Bij veel fobieën en angststoornissen ontstaan bij een persoon overdreven of onredelijke angsten en spanningen die een groot deel van het leven beheersen. Bij een specifieke fobie (vroeger ook wel **enkelvoudige fobie** genoemd) beperkt de angst zich echter tot specifieke situaties, objecten of zelfs mensen (bijvoorbeeld hoogten, onweer, spinnen).

Het **DSM-IV** geeft de volgende criteria voor specifieke fobieën:

- A. Een duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onredelijk is en wordt veroorzaakt door de aanwezigheid of verwachting van een specifiek object of een specifieke situatie (bijvoorbeeld vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, bloed zien).
- B. Blootstelling aan een fobische prikkel veroorzaakt vrijwel altijd een directe angstreactie. Deze kan voorkomen in de vorm van een situatiegebonden of door de situatie ingegeven paniekaanval. N.B: Kinderen kunnen uitdrukking aan de angst geven door huilen, woede-uitbarstingen, verstijving of vastklamping.
- C. De persoon ziet in dat de angst overdreven of onredelijk is. N.B.: Bij kinderen kan dit criterium ontbreken.
- D. De fobische situaties worden vermeden of ondergaan met intense angst of spanning.
- E. De vermijding, de angstige verwachting of de spanningen voor de gevreesde situatie belemmeren in ernstige mate de dagelijkse handelingen, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), sociale activiteiten of relaties met anderen of er bestaat een duidelijk lijden door de fobie.

- F. Als de persoon jonger is dan 18 jaar, is de duur minimaal 6 maanden.
- G. De angst, paniekaanvallen of vermijding zijn niet het gevolg van een andere psychische aandoening, zoals de **obsessieve-compulsieve stoornis** (bijvoorbeeld vermijding van vuil door iemand met smetvrees), **posttraumatische stressstoornis** (bijvoorbeeld vermijding van prikkels die gekoppeld zijn aan een sterke stressfactor), **verlatingsangst** (bijvoorbeeld vermijden van school), **sociale fobie** (bijvoorbeeld vermijden van sociale situatie uit angst voor vernedering), **paniekstoornis met agorafobie** of **agorafobie** zonder historie van de paniekstoornis.

8.9.1 Oorzaken

Psychologie

Volgens Freud werden fobieën veroorzaakt door verdrongen seksuele aandriften en fantasieën. Hij beschreef bijvoorbeeld in "Der kleine Hans" een jongetje dat zijn vader naakt in de badkamer had gezien en daar een fobie voor hengsten aan overhield. De **gedragstherapie** daarentegen beschrijft het ontstaan van fobieën als **klassieke conditionering**. Vanuit die school komt het verhaal van "little Arthur" die een fobie voor knuffels kreeg doordat men elke keer het geven van een knuffel combineerde met een hard, onaangenaam geluid. Doordat de **gedragstherapie** bij de behandeling van fobieën succesvoller was dan de **psychoanalyse** leek het pleit beslecht. Toch blijft de vraag waarom mensen vaker een fobie voor messen en voor spinnen ontwikkelen dan voor vorken en lieveheersbeestjes. Tegenwoordig is er daarom toch weer aandacht voor de gedachten die men bij de fobie heeft.

Biologie

In de amandelkern, de **amygdala** is een in de hersenstam gelegen hersenkern. Gebleken is dat bij hevige schrik, deze kern geactiveerd wordt en daarbij verbindingen maakt, die geactiveerd kunnen worden en daarbij de oorspronkelijke verschijnselen van schrik weer veroorzaakt.

8.9.2 Behandeling

Psychologie

Gedragstherapie met name **systematische desensitisatie** is effectief, evenals **cognitieve gedragstherapie**.

Biologie

SSRI's zijn te overwegen. **Benzodiazepinen** zijn minder geschikt doordat ze vrij lang geslikt moeten worden.

8.10 Sociale fobie

De **sociale fobie**,^{[1][2]} ook wel **sociale angststoornis** genoemd, is een psychische aandoening. In de DSM-IV is de fobie ingedeeld bij de angststoornissen.^[3] Iemand die aan deze stoornis lijdt, heeft angst, grote onzekerheid en verlegenheid voor alledaagse sociale interacties en soms telefoneren of boodschappen doen. Er kan sprake zijn van angst voor afwijzing, commentaar, kritiek, pesten en uitlachen. Naast algemene sociale fobie bestaan er specifieke vormen als blooangst, plasangst en (angst om te) stotteren.

8.10.1 Omschrijving

Een sociale fobie is een overweldigende angst die in extreme gevallen zorgt dat de patiënt thuisblijft en gedurende lange periodes geïsoleerd leeft. Wie lijdt aan de sociale fobie, is overdreven bang voor beoordeling, voelt zich in de gaten gehouden en mogelijk vernederd door zijn/haar acties, gedrag of voorkomen. De sociale fobie moet niet worden verward met een paniekstoornis. Lijders aan een paniekstoornis zijn ervan overtuigd dat hun paniek een fysieke oorzaak heeft. Na een paniekaanval gaan ze vaak naar een ziekenhuis of bellen een ambulance. Mensen met de sociale fobie hebben soms ook een paniekaanval, maar ze zijn zich ervan bewust dat ze een irrationele angst ervaren. Slechts weinig mensen met de sociale fobie gaan vrijwillig naar een ziekenhuis, omdat ze bang zijn afgewezen of negatief beoordeeld te worden door gezaghebbende mensen (bijvoorbeeld de medische staf). De interactie met gezaghebbende personen is voor hen bijzonder moeilijk, net als telefoneren, afspraakjes, feestjes en sollicitatiegesprekken.

8.10.2 Onderzoeken

Uit onderzoek blijkt dat mensen met de sociale fobie, net als mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, zeer veel aandacht hebben voor hun eigen reacties in het sociale verkeer. Ze letten echter niet erg op de reacties van hun omgeving, wat bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wel het geval is.

De kans op het ontwikkelen van een sociale fobie is driemaal groter als het al voorkomt bij familieleden. Ook blijkt uit onderzoek in het Leids Universitair Medisch Centrum dat bepaalde hersengebieden en neurotransmittersystemen in de hersenen betrokken zijn bij sociale fobie.

8.10.3 DSM-IV-classificatie

De sociale fobie wordt nog niet zo lang gediagnosticeerd als zelfstandige stoornis, eerder werd de aandoening ge-

zien als uiting van andere problemen. De DSM-IV geeft de volgende criteria voor de sociale fobie:

- **A.** Een duidelijke en aanhoudende angst voor een of meer sociale omstandigheden waarin de persoon te maken heeft met onbekende mensen of mogelijke kritiek. De persoon is bang dat hij/zij zich zal gedragen op een manier (of angstsymptomen vertoont) die vernederend of gênant is. N.B.: Bij kinderen moet er bewijs bestaan dat ze voor hun leeftijd normale relaties met bekenden onderhouden en de angst moet zich voordoen als het kind zich onder leeftijdgenoten bevindt, niet alleen in contacten met volwassenen.
- **B.** Blootstelling aan een gevreesde sociale situatie roept bijna altijd angst op, die vorm kan krijgen als een situatiegebonden paniekaanval. N.B.: Bij kinderen kan de angst zich uiten als huilen, woede-uitbarstingen, verstijving en zich terugtrekken uit een sociale situatie met onbekende mensen.
- **C.** De persoon is zich ervan bewust dat de angst overdreven of onredelijk is. N.B.: Bij kinderen kan dit criterium ontbreken.
- **D.** De persoon vermijdt de gevreesde sociale situatie of neemt deel met intense angst of spanning.
- **E.** De vermijding, de angstige verwachting of de spanningen voor de gevreesde sociale situatie belemmeren in ernstige mate de dagelijkse handelingen, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), sociale activiteiten of relaties met anderen of er bestaat een duidelijk lijden door de fobie.
- **F.** Bij personen onder de achttien jaar is de duur ten minste zes maanden.
- **G.** De angst of vermijding is niet het gevolg van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of geneesmiddelen) of een somatische aandoening. Wel kunnen ontwenningverschijnselen van alcohol, drugs, benzodiazepinen en andere stoffen de angst versterken. Er is geen sprake van een andere psychische aandoening (bijvoorbeeld de paniekstoornis met of zonder agorafobie, separatieangst, stoornis van de lichaamsbeleving, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of de schizoïde persoonlijkheidsstoornis).
- **H.** Als er een somatische aandoening of een andere psychische aandoening is gediagnosticeerd, houdt de angst uit criterium A hiermee geen verband, bijvoorbeeld de angst om te stotteren, het beven bij ziekte van Parkinson of abnormaal eetgedrag (anorexia nervosa of boulimia nervosa).

8.10.4 Gevolgen

Als sociale fobie zich uit in de kindertijd, heeft dit negatieve gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. Het sociale isolement en de eenzaamheid geven een verhoogde kans op eenzaamheid, depressies en in ernstige gevallen zelfmoordgedachten. Soms raakt de patiënt arbeidsongeschikt.

8.10.5 Literatuurverwijzingen

- [1] American Psychiatric Association. (1989). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van den DSM-III-R*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- [2] Jochems, A.A.F. & Joosten, F.W.M.G. (2003). *Coëtho Zakwoordenboek der geneeskunde (27ste druk)*. Doetinchem: ElsevierGezondheidszorg.
- [3] American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de uitgave)*. Washington, DC: Auteur.

8.11 Angststoornis door alcohol of drugs

Een **angststoornis door alcohol of drugs** is een psychische aandoening. De symptomen zijn angsten en paniekaanvallen die zijn terug te voeren op ontwenningssverschijnselen of intoxicatie. Deze kunnen optreden na het gebruik of misbruik van geneesmiddelen of drugs, inclusief alcohol. In het **DSM-IV** zijn stoornissen van dit type gerangschikt onder de **angststoornissen**.

De diagnose kan alleen worden gesteld in plaats van intoxicatie- of ontwenningssverschijnselen als de angstsymptomen veel sterker zijn dan normaal bij intoxicatie- of ontwenningssgevallen en als de angst speciale onafhankelijke klinische aandacht vereist.

Het **DSM-IV** geeft de volgende criteria voor angststoornissen door een somatische aandoening:

- A. Zware angst, paniekaanvallen, obsessies of compulsies zijn overheersend in het klinische beeld.
- B. Uit het ziektebeeld, fysiologisch onderzoek of laboratoriumonderzoek blijkt minstens een van de volgende gevallen:
 1. De symptomen uit criterium A ontwikkelen zich tijdens of binnen een maand na de intoxicatie- of ontwenningssymptomen.
 2. Het substantiegebruik is etiologisch gekoppeld aan de stoornis.

- C. De stoornis is niet uitsluitend onderdeel van een andere angststoornis die niet in relatie staat tot substantiegebruik. Indicaties hiervan zijn bijvoorbeeld: de symptomen gaan vooraf aan het substantiegebruik (bijvoorbeeld medicijnen), de symptomen blijven langere tijd (bijvoorbeeld een maand) aanhouden na de overdosis- of ontwenningssverschijnselen of zijn duidelijk ingrijpender dan verwacht mag worden op basis van de hoeveelheid gebruikte substantie of de duur van het gebruik of er zijn indicaties van een andere niet-substantiegerelateerde angststoornis (bijvoorbeeld een historie van herhaalde niet-substantiegerelateerde episoden).
- D. De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens een delier.
- E. De stoornis veroorzaakt klinisch ernstig lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen.

8.12 Emetofobie

Emetofobie is de wetenschappelijke term voor **braakfobie**. Het is een extreme en irrationele angst voor overgeven.^[1] Het is wereldwijd de zevende meest voorkomende fobie. Minstens 115.000 Nederlanders en Belgen lijden eraan.^[2] Sommige emetofoben voelen zich constant misselijk, vaak hebben ze ook maag- en darmproblemen.

Zowel het overgeven zelf als braaksel worden als zodanig eng beschouwd dat een *emetofob* al het mogelijke doet om de confrontatie ermee te vermijden. Dit kan zich manifesteren door bijvoorbeeld geen alcohol te drinken of bepaalde als risicovol beschouwde voeding niet te eten. In sommige gevallen zal ook het contact met de omgeving aangepast worden om confrontatie met braaksel te vermijden. De persoon in kwestie zal bijvoorbeeld geen feestjes met dronken mensen bezoeken, zal geen boot- of treinreis maken, zal niet in achtbanen willen stappen, of zal steeds TV kijken met de afstandsbediening in de hand zodat een braakscène onmiddellijk kan worden weggedrukt.

Een emetofobie kan op verschillende manieren vorm krijgen:

- Sommige emetofoben zijn heel hygiënisch en hebben smetvrees voor bacteriën die buikgriep of dergelijke veroorzaken
- Sommigen hebben **straatvrees** en/of **paniekstoornissen**
- Anderen komen niet in cafés om dronken mensen te vermijden
- Er zijn ook mensen die constant de **houdbaarheidsdatum** van voedingsmiddelen

controleren, opdat ze geen voedsel dat over de datum is innemen

De fobie kan ontstaan als overgeven wordt gekoppeld aan angst, maar de diepere oorzaak is niet bekend.

8.12.1 Feiten

Ongeveer 90% van de personen met emetofobie is vrouwelijk. Het fenomeen komt vooral voor bij mid-twentigers. Volgens het boek *Misselijk van angst* van Margaret Massop blijkt de gemiddelde emetofob opvallend genoeg reeds zeven jaar niet meer te hebben gebraakt.

8.12.2 Externe link

- [Stichting Emetofobie](#)
- [Artikel over vrouw met emetofobie](#)

8.12.3 Literatuurverwijzingen

- [1] Anderson, D.M. (2000). *Dorland's illustrated medical dictionary* (29ste uitgave). Philadelphia/London/Toronto/Montreal/Sydney/Tokyo: W.B. Saunders Company.
- [2] Stichting Emetofobie

Hoofdstuk 9

somatoforme stoornis

9.1 Somatoforme stoornis

Een **somatoforme stoornis** is een **psychische aandoening** waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak (lichamelijke ziekte) gevonden is. De patiënt ervaart reële lichamelijke klachten, die niet ingebeeld zijn. De klachten zijn *niet bewust of doelbewust* nagebootst. Soms is de relatie met psychische oorzaken te leggen, maar niet altijd.

9.1.1 Diagnostiek

Vaak is een ontregeling van het **stressregulatiesysteem** betrokken bij het ontstaan en in stand blijven van de klachten. De diagnose somatoforme stoornis wordt niet gesteld als de lichamelijke klachten verklaard kunnen worden door een andere psychiatrische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stoornis of een angststoornis. In bepaalde gevallen wordt achteraf toch nog een somatische ziekte vastgesteld bij patiënten met een somatoforme stoornis. De getallen hierover lopen uiteen van 10-20%. Dit noopt bij de behandeling van dergelijke beelden altijd tot een tweesporenbeleid, waarbij zowel somatische als psychologische factoren worden meegenomen in de beoordeling. De bekendste somatoforme stoornis is waarschijnlijk **hypochondrie**, waarbij de patiënt doorlopend bang is een ernstige ziekte te hebben.

9.1.2 Dynamiek

Voorbeeld van een aandoening die als somatisch onverklaard is aangemerkt is het **whiplashsyndroom**. Patiëntenverenigingen voor whiplashpatiënten strijden er echter voor deze aandoening als somatische ziekte erkend te krijgen. **Fibromyalgie** en het **chronischevermoeidheidssyndroom (ME)** worden ook als somatisch onverklaard aangemerkt, maar zijn door de **WHO** (wereldgezondheidsorganisatie) erkend als somatische ziekte.

9.1.3 Behandelrichtlijn

In Nederland is in 2009 een multidisciplinaire behandelrichtlijn verschenen onder verantwoordelijkheid van het **Trimbos-instituut** waarin de actuele standaard op het gebied van diagnostiek en behandeling van somatoforme stoornissen wordt beschreven. Deze richtlijn spreekt in eerste instantie van **SOLK** (somatisch onverklaarde lichamelijke klachten).

9.1.4 Systematiek

In het **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** worden de volgende stoornissen beschreven:

- Somatisatiestoornis
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
- Conversiestoornis
- Pijnstoornis
- Hypochondrie
- Stoornis van de lichaamsbeleving
- Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven (NAO)

9.1.5 Zie ook

Zie voor *bewust* pathologische symptomen:

- Nagebootste stoornis
- Simuleren (medisch).

Zie verder ook:

- Modeziekte

9.2 Somatisatiestoornis

De **somatisatiestoornis** (eerder ook bekend als het **syndroom van Briquet**) is een **psychische aandoening** die in het DSM-IV is ingedeeld bij de **somatoforme stoornissen**. Het is een chronisch geestelijk lijden dat zich onder andere uit in het hebben van vele lichamelijke symptomen. Kenmerkend bij patiënten met een somatisatiestoornis is dat ze veel aandacht vragen voor de lichamelijke symptomen en minder geneigd zijn te kijken naar andere factoren die de klachten kunnen beïnvloeden, zoals psychologische en sociale factoren. Ze bezoeken vele medische specialisten en voelen zich regelmatig niet begrepen.

De aandoening gaat vaak samen met andere psychische ziektebeelden, bijvoorbeeld **klinische depressie**, **angststoornissen**, **persoonlijkheidsstoornissen** en de **paniekstoornis**, waardoor de diagnose uiterst moeilijk te stellen is. Opvallend is dat de aandoening bij tien keer zoveel vrouwen als mannen voorkomt.

Als er geen diagnose is gesteld, zal een kleine groep doen aan **doktershopping**.

9.3 Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

Een **ongedifferentieerde somatoforme stoornis** is een **psychische aandoening** die in het DSM-IV is ingedeeld bij de **somatoforme stoornissen**. Wie aan deze stoornis lijdt, ontwikkelt *onbewust* lichamelijke klachten waarvoor geen medische reden gevonden kan worden. Een kenmerkende klacht is chronische vermoeidheid, maar ook verlies van eetlust en problemen met het maag-darmkanaal maken vaak deel uit van het ziektebeeld. De diagnose is moeilijk, omdat ook andere aandoeningen tot vergelijkbare symptomen kunnen leiden gebeurt dit vaak door uitsluiting van andere mogelijkheden.

9.3.1 Criteria

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de ongedifferentieerde somatoforme stoornis:

- A. Een of meer fysiologische klachten (bijvoorbeeld vermoeidheid, verlies van eetlust, problemen met het maag-darmkanaal of urinewegen).
- B. Een van de twee volgende criteria is geldig:
 1. De symptomen kunnen na onderzoek niet volledig worden verklaard door een somatische aandoening of de directe gevolgen van inname van een substantie (bijvoorbeeld drugs of medicijnen).
 2. Als er een somatische aandoening is geconstateerd, zijn de fysiologische klachten of resulterende pro-

blemen in de sociale omgang of het werk veel ernstiger dan verwacht kan worden op grond van de medische historie, fysiologische onderzoek of laboratoriumonderzoek.

- C. De symptomen veroorzaken klinisch duidelijk lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen.
- D. De duur van de stoornis is minimaal zes maanden.
- E. De stoornis is niet uitsluitend te verklaren als onderdeel van een andere psychische aandoening (bijvoorbeeld een andere somatoforme stoornis, seksuele disfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis).
- F. De symptomen zijn niet met opzet nagebootst of opgewekt (zoals bij een **nagebootste stoornis of simulatie**).

Zijn deze punten aanwezig of wordt aan deze eisen voldaan, dan mag men volgens het DSM-IV van een OSS spreken. Hiermee is niets gezegd over de oorzaak, noch over de behandeling. Het is mogelijk dat volgende edities van het DSM andere criteria zullen aangeven.

Het DSM-IV geeft geen omschrijving van aandoeningen als het **chronischevermoeidheidssyndroom** of **burn-out**. Deze worden door DSM-gebruikers soms geïnclassificeerd als vormen van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, omdat de symptomen overeenkomen.^[1]

9.3.2 Behandeling

De behandeling kan bestaan uit onder andere **cognitieve gedragstherapie** en **ontspanningsoefeningen**. Eventueel kan door een **psychiater** medicatie zoals **antidepressiva** voorgeschreven worden.

9.4 Conversiestoornis

Een **conversiestoornis** is een **psychische aandoening** die zich op verschillende manieren kan uiten. De oorzaak ligt in acute **stress** door angst of woede die de persoon niet kan verwerken. Door de spanningen die hierbij optreden, schakelen de hersenen bepaalde lichamelijke functies uit, zodat de patiënt de stress niet meer ervaart. Hierdoor ontstaat het beeld dat kan lijken op een **neurologische ziekte**. De patiënt is zich niet bewust van het proces en maakt zich er vaak niet veel zorgen over, op anderen maakt de patiënt de indruk dat deze zich niet emotioneel betrokken voelt bij zijn **beperkingen**. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de **somatoforme stoornissen**.

Overigens is er voor de conversiestoornis geen objectief bewijs. Voor deze aandoening kunnen geen biomarkers

worden vastgesteld noch een duidelijke pathogenese worden gegeven. Daarbij gaat de definitie ervan uit dat er geen somatische oorzaak voor de klachten te vinden is, in de veronderstelling dat alle functionele neurologische afwijkingen gekend zijn.

Een conversiestoornis kan vele vormen aannemen, maar de meest voorkomende zijn verlamming van de ledematen, problemen met gezicht of gehoor, algemene vermindering van de zintuiglijke waarneming en verlies van het spraakvermogen. Ook kunnen motorische stoornissen of stuipen optreden. Het komt voor dat klachten snel verdwijnen als de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen, maar vaak keren deze later weer terug.

Voor de diagnose gesteld kan worden, moet eerst worden nagegaan of er een somatische oorzaak te vinden is en, zo niet, of de patiënt bewust klachten fingeert. Hierna kan een psycholoog door middel van therapie proberen de psychologische oorzaak te achterhalen. Overigens valt het bewust imiteren van aandoeningen onder een andere psychische stoornis, namelijk de nagebootste stoornis.

9.4.1 Trivia

In 2011 kregen enkele leerlingen van een school in New York plots de symptomen van het syndroom van Gilles de la Tourette. De school en omgeving werden getest op allerlei giftige stoffen, maar er werd niets verdachts gevonden. In januari 2012 kregen nog meer leerlingen de symptomen en zelfs volwassenen, die verder geen relatie hadden met de school, vertoonden het gedrag. Na maanden onderzoek bleek dat al deze mensen een conversiestoornis hadden ontwikkeld ten gevolge van massahysterie.^[1]

9.5 Pijnstoornis

Een somatoforme pijnstoornis is een psychische aandoening waarbij de patiënt acuut of chronisch lichamelijk pijn lijdt. Bij onderzoek is echter geen lichamelijke oorzaak te vinden is en ook geen bewijs dat de pijn met opzet wordt nagebootst. De aandoening wordt ook wel psychogene pijn genoemd. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de somatoforme stoornissen.

De klachten kunnen zich in alle lichaamsdelen voordoen, maar het meest gebruikelijk zijn de rug, het hoofd, de buik en de borst. Soms zijn patiënten erg terughoudend in het erkennen van psychische oorzaken en werken niet altijd mee aan therapie.

In bepaalde gevallen kan wel een lichamelijke oorzaak worden gevonden, maar zijn de klachten veel erger dat bij het ziektebeeld verwacht kan worden.

9.6 Hypochondrie

Hypochondrie^[3] is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de somatoforme stoornissen. Een andere term voor de aandoening is **ziektevrees**. Wie aan hypochondrie lijdt, heeft een chronische preoccupatie of een overmatige angst om een ernstige lichamelijke ziekte te hebben, terwijl hiervan uit onderzoek niets blijkt. De persoon kan vaak de locatie, ernst en duur van de symptomen gedetailleerd aangeven, maar deze zijn door een arts niet als een duidelijk lichamelijk ziektebeeld te herkennen. Als de patiënt daadwerkelijk een (lichte) ziekte heeft, interpreteert hij het ziektebeeld als veel ernstiger dan het in werkelijkheid is. Als een arts de patiënt heeft onderzocht en de patiënt geruststelt, vreest de patiënt dat de arts de ware oorzaak niet heeft kunnen vinden. Omdat de patiënt er sterk van overtuigd is dat er iets mis is, zijn behandeling en herstel vaak gecompliceerd. Bij hypochondrie hoort het somatiseren; het verlichamelijken van emotionele klachten.

Hypochondrische symptomen kunnen optreden als onderdeel van een ander ziektebeeld, bijvoorbeeld een angststoornis. Er is dan meestal sprake van een ander type klachten.

9.6.1 Zie ook

- Somatisatie

9.7 Stoornis van de lichaamsbeleving

Een **stoornis van de lichaamsbeleving** (ook **BDD** naar het Engelse *body dysmorphic disorder*) of **morfodysforie** is een psychische aandoening die zich kenmerkt door een afwijkend beeld dat men van zijn eigen lichaam heeft. BDD wordt ook wel ingebeelde lelijkheid genoemd. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de somatoforme stoornissen. Er kan zich een obsessieve angst voor afwijkingen van het lichaam ontwikkelen, waardoor de aandoening soms als fobie of een vorm van OCS wordt gezien. Men gebruikt dan ook wel de naam *dysmorfofobie*.

9.7.1 Normale zorgen versus obsessie over uiterlijk

Amerikaans onderzoek onder de bevolking wees uit dat 93% van de vrouwen en 82% van de mannen hun uiterlijk belangrijk vinden en hun best doen om dit te verbeteren. Andere onderzoeken lieten zien dat veel mensen ontevreden zijn met een aspect van hun uiterlijk. Bij BDD zijn deze normale zorgen extremer. Mensen met BDD vinden een aspect van hun uiterlijk niet alleen lelijk, zij zijn er

ook mee gepreoccupeerd. Ze maken zich te veel zorgen. Hoewel ze zich minder zorgen willen maken, kunnen ze dat niet. Zij zijn erdoor geobsedeerd en lijden hieronder. Voor buitenstaanders zijn de zorgen overtrokken en niet te begrijpen. Wie aan deze aandoening lijdt, heeft doolopend onvrede met zijn lichaam, doordat hij overtuigd is van een mankement of afwijking. Soms ontstaat hierbij de angst om op grond van het uiterlijk afgewezen te worden. De seksen hebben andere manieren om met hun vermeende gebreken om te gaan, maar bij beide treedt veelal verlegenheid en teruggetrokkenheid op. In ernstige gevallen kan suïcidaal gedrag optreden.

9.7.2 Soorten obsessies

De obsessie kan allerlei delen van het lichaam beslaan. Huid, haar, neus, gewicht en buik staan in de top 5 van de meest geobserveerde defecten door mensen met BDD. Obsessies rondom borsten, ogen, heupen, tanden, benen en botstructuur komen echter ook veelvuldig voor. Het *Adoniscomplex* is een bijzondere vorm van verstoorde lichaamsbeleving bij mannen, waarbij de persoon in kwestie is gepreoccupeerd door de spierontwikkeling en/of vorm van het lichaam. Mensen met BDD kunnen één obsessie rondom een deel van het uiterlijk hebben, maar meestal gaat het om meerdere uiterlijke obsessies. In de tijd kan de inhoud van de obsessie veranderen of kunnen er obsessies bij komen.

9.7.3 Prevalentie-cijfers

Onderzoek in Amerika en Italië wees uit dat ongeveer 1% van de bevolking last heeft van BDD. De prevalentie onder scholieren en studenten lijkt echter hoger te zijn. Onder patiënten die een dermatoloog bezoeken bleek het percentage van mensen die waarschijnlijk BDD hebben 12% en onder de mensen die cosmetische chirurgie zochten hadden tussen de 6% en 20% BDD. BDD wordt nog niet vaak herkend. De cijfers zijn dus wellicht hoger dan nu wordt aangenomen. De diagnose heeft nog niet veel bekendheid. Ook houden veel mensen met BDD hun klachten geheim uit schaamte. Hier zijn verschillende redenen voor aangegeven. Enerzijds de angst om als oppervlakkig, dom of ijdel gezien te worden, of niet serieus genomen te worden. Anderzijds de angst dat bij het noemen van het defect zoals men het waarneemt, anderen het ook gaan zien en er op gaan focussen. Dit zorgt dan voor nog meer schaamte. De aandoening uit zich meestal in de puberteit of vroege volwassenheid en komt even vaak bij vrouwen als bij mannen voor.

9.7.4 Diagnose

Bij het stellen van de diagnose moet worden uitgesloten dat er sprake is van een andere aandoening. Als de symptomen zich bijvoorbeeld beperken tot het gewicht, kan

er sprake zijn van een eetstoornis. Ook bij aandoeningen als *geslachtsidentiteitsstoornissen*, *transseksualiteit* en *apotemnofilie* is sprake van negatieve lichaamsbeleving, maar deze vallen volgens de DSM-definitie niet onder stoornissen van de lichaamsbeleving.

Gezien de overeenkomst van obsessieve gedachten, zien sommige medici een verstoorde lichaamsbeleving als vorm van de *obsessieve-compulsieve stoornis*.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor een stoornis van de lichaamsbeleving:

1. **Preoccupatie** met een ingebeeld mankement in het uiterlijk. Als er een kleine fysiologische ongerechtigheid aanwezig is, is de bezorgdheid van de persoon hierover overdreven.
2. De preoccupatie veroorzaakt klinisch duidelijk lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen.
3. De preoccupatie is niet uitsluitend te verklaren als onderdeel van een andere psychische aandoening (bijvoorbeeld de onvrede met de lichaamsvorm of -grootte bij *anorexia nervosa*).

9.7.5 BDD kan zich op de volgende manieren presenteren

Keuren

1. Vaak het uiterlijk in de spiegel beoordelen of in andere reflecterende oppervlakken zoals ramen of vaak direct kijken naar het deel van het uiterlijk dat men lelijk vindt;
2. Vaak zichzelf vergelijken met anderen en denken dat men er slechter uitziet
3. Vaak vragen – of willen vragen – of men er goed uitziet, of net zo goed als anderen
4. Veelvuldig delen van het lichaam opmeten in de hoop dat ze zo groot, zo klein of zo symmetrisch zijn als men wil
5. Veel tijd besteden aan het zoeken naar informatie of lezen over uiterlijke problemen in de hoop dat men zich kan geruststellen over hoe men eruitziet of een oplossing kan vinden voor het probleem.

Vermijden en verbergen

1. Vermijden van spiegels omdat men het niet leuk vindt hoe men eruitziet;
2. Veel tijd besteden aan uiterlijke verzorging, zoals haren kammen/in model brengen, weghalen, scheren of knippen, make-up opdoen. Men kan klachten krijgen over de tijd die hieraan besteed wordt.

3. Proberen om het deel van het lichaam te verstoppen of te bedekken met een hoed, kleding, make-up, (zonne)bril, haar, handen of andere dingen. Moeite om zich onder andere mensen te begeven als dit niet kan. Bijvoorbeeld niet willen zwemmen.
4. Proberen om bepaalde aspecten van het uiterlijk te verbergen door een bepaalde lichaamshouding aan te nemen, zoals het gezicht wegdraaien zodat anderen het niet kunnen zien of de buik inhouden. Men voelt zich ongemakkelijk als deze voorkeurshouding niet aangenomen kan worden.
5. Vermijden dat iemand een foto neemt omdat men denkt er slecht op te komen te staan
6. Moeite om het huis te verlaten of zich isoleren door de manier waarop men eruitziet
7. 's Avonds of 's nachts (of in donkere delen van een ruimte) meer op het gemak voelen om onder de mensen te zijn omdat de vermeende defecten dan minder zichtbaar zijn

Buitensporig veel aandacht besteden aan uiterlijk

1. Buitensporig veel geld besteden aan uiterlijk om het vermeende defect te verbeteren of verhullen (cosmetica, kleding en dergelijke)
2. Pulken aan de huid, puistjes uitknijpen om te proberen het er beter uit te laten zien
3. Vaak kleding verwisselen, een outfit proberen te vinden die het deel dat men niet mooi vindt bedekt of verhult. Veel tijd besteden aan het uitzoeken van een outfit om er een te vinden waarin men er voordeliger uitziet
4. Cosmetische chirurgie willen, dermatologische behandeling of een andere medische behandeling die de uiterlijke problemen kan verhelpen terwijl andere mensen (vrienden of doktoren) gezegd hebben dat behandeling niet nodig is. Chirurgen hebben gezegd dat het probleem te klein is of dat ze bang zijn dat men niet tevreden zal zijn met het resultaat
5. Buitensporig trainen om het uiterlijk te verbeteren
6. Dieet volgen ook al vinden anderen dat niet nodig
7. Stress vermijden, veel rust of schoonheidsslaapjes nemen om uiterlijk te verbeteren/ verslechtering te voorkomen
8. Na behandeling bij dermatoloog of cosmetische chirurg ontevreden met resultaat, of men heeft meerdere operaties gehad in de hoop dat de volgende procedure wel leidt tot het verhelpen van het probleem
9. Te laat komen door zorgen over het uiterlijk of omdat men een uiterlijk probleem probeert te verhelpen

10. Veel tijd nodig hebben om zaken op orde te krijgen doordat men zo is afgeleid door het uiterlijke zorgen of daaruit voortvloeiend gedrag zoals checken in de spiegel

Emotionele problemen

1. Sombor of angstig worden over de manier waarop men eruitziet
2. Vinden dat het leven niets waard is door hoe men eruitziet
3. Gefrustreerd of boos worden om hoe men eruitziet
4. Paniekaanvallen hebben of zeer angstig zijn door het uiterlijk wanneer men in de spiegel kijkt

Overig

1. Proberen anderen ervan te overtuigen dat er iets mis is met de manier waarop men eruitziet, maar anderen zien het probleem niet of zien het minimaal
2. Denken dat anderen op een negatieve manier opmerken hoe men eruitziet. Bijvoorbeeld wanneer men op straat loopt, denken dat anderen opmerken wat onaantrekkelijk aan hen is.
3. Denken dat anderen negatief denken over hun uiterlijk en hen belachelijk maken. Hierover paranoïde kunnen zijn.

9.7.6 Behandeling

Medicatie en cognitieve gedragstherapie (CGT) kunnen helpen. Er zijn echter weinig behandelaren bekend met BDD.

CGT

Bij CGT wordt langzaam het BDD gedrag afgebouwd (spiegel checken, geruststelling vragen, vergelijken met anderen) en gaat men werken aan het opgeven van vermijding (opzoeken van situaties waarin men angstig is doordat het uiterlijk zichtbaar is). Omdat mensen met BDD vaak een speciale relatie met de spiegel hebben, wordt hier veelal mee geoefend. Onder andere door te focussen op aspecten van het lichaam waar men een neutrale of positieve associatie bij heeft, een normale afstand van de spiegel te gaan staan en zich leren los te maken van de spiegel. Ook wordt gewerkt aan ontwikkelen van realistischere of alternatieve gedachten (in plaats van denken dat de ander geen gedag zegt omdat ze je te lelijk vinden, bijvoorbeeld denken dat de ander je niet ziet doordat hij in gedachten is, geen bril op heeft, of omdat hij verlegen of niet aardig is).

9.7.7 Bron

Katherine A. Phillips. The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Revised and Expanded version. Oxford University Press 2005

9.7.8 Zie ook

- Somatische waan
- Lichaamsschema

9.7.9 Externe links

- BDD-info

Hoofdstuk 10

nagebootste stoornis

10.1 Nagebootste stoornis

Een **nagebootste stoornis** is een **psychische aandoening** waarbij de patiënt zichzelf of anderen *bewust* letsel toebrengt of ziektebeelden fingeert om aandacht te krijgen. In tegenstelling tot *simulatie* is de motivatie van diepgaande psychologische aard en niet uitsluitend materieel of rationeel. Er zijn bijvoorbeeld mensen die graag de rol van patiënt spelen of zich alleen in zorgcentra of ziekenhuizen thuis voelen. Men spreekt dan ook wel eens van *ziekenhuisverslaving*. Er is dus geen externe bekrachtiging voor het gedrag. De gedragingen van de patiënt zijn opzettelijk, vrijwillig en doelbewust, maar hij heeft er geen controle over, het is eerder compulsief. De patiënt weet wat hij doet, maar niet waarom. Verder moet er onderscheid gemaakt worden met een **somatoforme stoornis** waar de klachten niet bewust of vrijwillig worden nagebootst.

Deze aandoening is vaak geassocieerd met een ernstige **persoonlijkheidsstoornis**.

Men kan een patiënt verdenken van een nagebootste stoornis indien:

1. er een atypische of dramatische presentatie is van symptomen die niet overeenkomt met een bekende stoornis
2. de symptomen en gedragingen die te maken hebben met het probleem zich enkel voordoen als de patiënt geobserveerd wordt
3. er sprake is van **pseudologia fantastica**
4. de patiënt storend gedrag vertoont op de afdeling
5. de patiënt een uitgebreide kennis heeft van medische terminologie en de routine in het ziekenhuis
6. er verdoken gebruik is van middelen
7. er aanwijzingen zijn voor multipale behandelingen
8. er een uitgebreide geschiedenis is van reizen
9. er weinig bezoekers bij de patiënt zijn

10. er een fluctuerend klinisch beloop is met snelle ontwikkeling van verwikkelingen en/of een nieuwe pathologie als de resultaten van de observaties negatief blijken

Het **DSM-IV** deelt de stoornis in naar psychische symptomen, lichamelijke symptomen of een mengvorm daarvan. Bekende typen zijn:

- **Münchhausensyndroom** (letsel aan zichzelf)
- **Münchhausen by proxy** (letsel aan anderen)

Sommigen menen dat ook het **syndroom van Ganser** als nagebootste stoornis gezien dient te worden.

Zie voor *onbewuste* symptomen: **Somatoforme stoornis**.

10.2 Pseudologia phantastica

Pseudologia phantastica (Grieks: *pseudos* = *vals*, *logos* = *spreken*, *woord*) ook wel genoemd **pseudologia fantastica** of **pseudologica phantastica** (eigenlijk een **contaminatie** met *logica*) is een term uit de **psychiatrie** die voor het eerst is gebruikt door de Duitse arts **Anton Delbrück**^[1] als aanduiding van een ziekelijke vorm van liegen. Omdat de leugens die Delbrück bij vijf patiënten was tegengekomen volledig buiten proportie waren, meende hij dat zij als een aparte categorie (c.q. vorm van afwijking) moesten worden beschreven. **Pseudologia phantastica**, **mythomanie** en **pathologisch liegen** zijn termen die vaak door elkaar worden gebruikt, hoewel men nog van mening verschilt of zij wel hetzelfde gedragsfenomeen beschrijven.^[2]

10.2.1 Algemeen

Iedere persoon stelt zaken achteraf beter voor dan ze zijn. De wgens disfunctioneren ontslagen werknemer houdt zichzelf en anderen voor dat hij en zijn werkgever er samen een punt achter hebben gezet omdat de verhouding verstoord was. De afgewezen verliefde houdt zichzelf voor dat zijn geliefde hem niet afwees, maar dat hij

nog niet klaar voor was voor die liefde. Door zichzelf dit maar vaak genoeg voor te houden, gaat men in de eigen leugen(s) geloven en wordt de leugen waarheid.

10.2.2 Pseudologia

Voor de pseudologische leugenaar loopt dit proces volledig uit de hand. De geflipte medische student maakt zichzelf wijs dat hij een goede dokter is, de afgehaakte juridische student denkt een advocaat te zijn. Voor buitenstaanders al dan niet doorzichtige leugens worden vaak tot vervelens toe herhaald. Door het zelfvertrouwen dat ze uitstralen doordat ze niet beseffen dat ze liegen kunnen uit deze patiënten oplichters en kwakzalvers voortkomen.

Resultaat is dat een aantal mensen uiteindelijk ook wel gelooft in de verhalen van de persoon, maar dat er ook een aantal is dat er dwars doorheen prikt. De pseudologia-phantastica-patiënt zal namelijk niet aarzelen om werkelijk ieder middel te gebruiken om zijn verhalen te ondersteunen, ook de middelen die zeer eenvoudig te controleren zijn. Iemand die in de waan is een hoogleraar te zijn, zou bijvoorbeeld kunnen beweren vele boeken geschreven te hebben. Dit soort dingen zijn eenvoudig na te kijken via bijvoorbeeld het Internet. Mensen die dit doen en niet weten dat de patiënt lijdt aan pseudologia phantastica zullen dit dus als glashard liegen ondervinden, wat een zeer negatief effect op de omgang met elkaar kan hebben.

10.2.3 Pathologisch liegen

Volgens sommigen is pseudologia phantastica niet hetzelfde als pathologisch liegen. Hoewel ook de pathologisch leugenaar een onbedwingbare drang heeft tot liegen zou hij/zij wel weten dat hij/zij liegt, terwijl de pseudologia-phantastica-patiënt alle contact met de realiteit zou hebben verloren.

10.2.4 Zie ook

- Syndroom van Korsakov
- Simuleren (medisch)
- Syndroom van Ganser
- Syndroom van Münchhausen

10.3 Syndroom van Münchhausen

Het **syndroom van Münchhausen**^[3] is een psychiatrisch syndroom waarbij de patiënt zich herhaaldelijk presenteert bij medische hulpverleners met gefingeerde klachten of zelf toegebrachte verwondingen, om daardoor zorg en aandacht te krijgen. De aandoening wordt ook wel **nagebootste stoornis** genoemd.

Een kenmerk van dit syndroom is dat de patiënt zich constant weer andere ziekten en verwondingen aanmeet, en dus constant naar andere specialisten verwezen wordt. Een onderscheid met **hysterie** of een **somatoforme stoornis** is dat de hulpverlener bewust wordt misleid; een onderscheid met **hypochondrie** is dat er wel daadwerkelijk symptomen/klachten of ziekteverschijnselen zijn, echter deze worden door de patiënt op bewuste wijze gefingeerd.

Niet zelden heeft een dergelijke patiënt al een aantal overbodige operaties ondergaan als men uiteindelijk de juiste diagnose stelt. Vrij vaak betreft het mensen die zelf in de verpleging of verzorging werken, en die uit hoofde van de kennis die ze hierdoor hebben, symptomen bedrieglijk echt kunnen neerzetten. Omdat dokters ze na een poosje vaak herkennen is er ook sprake van medisch zwerfgedrag: de patiënt (Engels: *medical hobo*) presenteert zich bij verschillende ziekenhuizen en verschillende specialisten om steeds nieuwe dokters 'aan te boren'.

Uiteenlopende emotionele redenen kunnen ten grondslag liggen aan dit syndroom.

Een variant hierop is het syndroom van **Münchhausen by proxy**.

10.3.1 Oorsprong van de naam

Anders dan bij de meeste andere syndromen is deze aandoening niet naar zijn ontdekker of beschrijver genoemd, maar naar de **baron van Münchhausen**, een figuur uit de literatuur die beroemd was door zijn fantastische, maar gelogen, verhalen. De baron wendde zelf overigens geen ziekten voor. De benaming is afkomstig van de Engelse internist en psychiater **Richard Asher**, die hem in een artikel in *The Lancet* in 1951 lanceerde.^[4] Turner en Reid geven een uitgebreidere bespreking.^[5]

10.4 Syndroom van Münchhausen by proxy

Het **syndroom van Münchhausen by proxy**^[1] is een psychiatrisch syndroom en een vorm van fysieke en/of psychische (kinder)mishandeling^{[2][3]} waarbij iemand herhaaldelijk medische hulp zoekt voor bewust gefingeerde stoornissen of ziektes bij een derde. In het classificatiesysteem DSM-IV is de aandoening in appendix B vermeld als **Factitious Disorder by Proxy**. In het classificatiesysteem DSM-5 staat Münchhausen by proxy vermeld als *Factitious Disorder imposed on another* en het syndroom van Münchhausen als *Factitious Disorder imposed on self*. Soms wordt ook de naam *syndroom van Meadow* gebruikt, naar de eerste beschrijver. Mensen die MBP plegen en betrapt worden, kunnen door justitie worden gehoord als verdachten van kindermishandeling.^[4]

10.4.1 Beschrijving

Kenmerkend voor MBP is dat de pleger om persoonlijke aandacht van medische hulpverleners vraagt, door een aan zijn zorg toevertrouwd kind, ouder(s) (vader of moeder) of soms ook huisdier ziektes, kenmerken van ziektes, of verwondingen toe te brengen en als patiënt aan deze hulpverleners aan te bieden. In sommige gevallen is de dader zelf een zorgverlener die patiënten of kinderen professioneel geruime tijd onder zijn of haar hoede heeft. De ziekte zou dus ook 'indirect syndroom van Münchhausen' of 'syndroom van Münchhausen via een tussenpersoon' genoemd kunnen worden. De aandoening is een variant op het syndroom van Münchhausen, waarbij de patiënt (net zoals de baron von Münchhausen deed) fantasieverhalen afsteekt over ziekten bij zichzelf. Om zijn verzonnen aandoeningen kracht bij te zetten, komt het voor dat zo'n patiënt zichzelf ziek maakt of verwondt (de Engelse term "proxy" betekent: "tussenpersoon"). De vertaling 'münchhausen bij volmacht' is onjuist: het kind heeft de ouders nergens toe gemachtigd, noch andersom.

De patiënt begeleidt het slachtoffer naar artsen en hulpverleners en doet zich daar meestal erg begaan en meelevend voor. Meestal gaat het om een ouder die zijn kind presenteert maar ook kan een eigenaar zijn huisdier telkenmale chronisch ziek maken en dierenartsen blijven bezoeken met het zoveelste kwaaltje. Kenmerkend voor een moeder die aan dit syndroom lijdt, is het gemak waarmee zij instemt met allerlei voor het kind belastende medische onderzoeken en ingrepen, waar een normale bezorgde en meelevende moeder zich niet zo snel bij neerlegt.

Münchhausen by proxy leidt ertoe dat een aan de zorg van een volwassene toevertrouwd kind (of huisdier) telkens ziek gemaakt en aldus chronisch mishandeld wordt. Dit kan gebeuren in de vorm van geweld (bekend is het geval van een moeder die door een verborgen camera erop betrapt werd haar kind met een kussen bijna te verstikken), maar vaker door subtiele wijze van uithongering, slechte voeding, toedienen van drugs of geneesmiddelen. Soms heeft dit (uiteindelijk) de dood van het kind (of dier) tot gevolg.^[5]

Sommige kinderen zijn ernstig geestelijk beschadigd geraakt door de jarenlange suggestie dat ze ziek zijn, de herhaalde gang naar artsen en ziekenhuizen inclusief de belastende lichamelijke onderzoeken en behandelingen en door de sociale isolatie van vriendjes en school ten gevolge van hun aangepate ziektes.

Een bijzondere vorm van MBP is **onterechte beschuldiging van (seksueel) misbruik**. Dat is een probaat middel om de andere ouder (meestal de vader) voor altijd het contact te ontzeggen met hun kinderen. Ook hier ontstaat veel emotionele schade bij het kind door het toedoen van hulpverleners, voortdurende politieverhoren en alles wat hierbij kan komen. Daarbij komt dan nog de voortdurende hersenspoeling van het kind door de moeder, om het

klaar te stomen voor belastende getuigenissen.^[6]

10.4.2 Geschiedenis

Het syndroom werd voor het eerst beschreven door Sir Roy Meadow, in een artikel in *The Lancet* in 1977. Meadow voerde de video-observatie in van kinderen bij wie een ouder/verzorger van dit syndroom werd verdacht en hij slaagde erin vele gevallen van mishandeling in het ziekenhuis door zich onbespied wanende ouders op video vast te leggen.

10.4.3 Naamsverklaring

De referentie aan de naam gaat terug naar de verhalenfiguur baron van Münchhausen, die bekendstond om zijn enorm aangedikte verhalen, waardoor hij als groot fantast en leugenaar de geschiedenis inging. De baron vertelde overigens alleen sterke verhalen, hij fingeerde geen aandoeningen.

10.4.4 Herkenning

Voor hulpverleners en medici is het vaak moeilijk om er achter te komen of een kind, zorgbehoevende of huisdier slachtoffer is van een ouder, hulpgever of verzorger die lijdt aan het syndroom. Een complicerende factor hierbij is, dat de arts of dierenarts vaak niet de enige is die meermalen geconfronteerd wordt met de steeds chronisch ziek blijvende persoon/het huisdier, doordat de lijder aan het syndroom vaak meer medici en hulpverleners bezoekt. Daardoor raakt de dossieropbouw gefragmenteerd. Daarnaast is een karakteristiek element van lijders aan dit syndroom, dat ze altijd zullen blijven ontkennen, zelfs als ze direct worden geconfronteerd met bewijs tegen hen (zoals filmbeelden). Voor de herkenning van het syndroom is het belangrijk alert te zijn op een al te "gewillige" moeder die zonder protesten telkenmale haar kind voor belastende of pijnlijke medische verrichtingen aan de medici ter beschikking stelt. Als er een helder patroon duidelijk is, kan de lijder geïdentificeerd en behandeld worden en kan het slachtoffer worden opgevangen.

Aantallen

Jaarlijks worden in Nederland volgens officiële cijfers ongeveer 60 kinderen ziek door toedoen van een ouder of verzorgende. Volgens een vertrouwensarts van Veilig Thuis in Utrecht is dit slechts het topje van de ijsberg, en ligt het werkelijke aantal zeker tienmaal hoger. Artsen zijn niet opgeleid om deze vorm van misbruik te herkennen, en veelal geneigd om de ouders te vertrouwen. Als men het al vermoedt, dan is het juridisch bewijs vaak heel moeilijk te leveren. Veel zaken worden daarom gespoeneerd of eindigen in vrijspraak, waarna het kind weer bij

de ouders komt, en dan een 40% kans heeft op herhaling. Op aandringen van de vereniging van vertrouwensartsen is door het ministerie van Volksgezondheid en het Openbaar Ministerie begin 2015 een werkgroep opgericht om de problematiek in kaart te brengen en landelijke richtlijnen op te stellen, om zo mishandelde kinderen eerder te herkennen en beter in te kunnen grijpen. ^[7] ^[8]

Hoofdstuk 11

dissociatieve stoornissen

11.1 Dissociatieve stoornis

Een **dissociatieve stoornis** is een psychische aandoening waarbij dissociatie het belangrijkste kenmerk is. Dissociatie is een verschijnsel dat vrijwel iedereen wel kent (bijvoorbeeld dagdromen of verstrooidheid), maar als de verschijnselen zo erg worden dat een mens niet meer normaal kan functioneren, is er sprake van een stoornis. Dissociatie kan ook deel uitmaken van andere psychische ziektebeelden (bijvoorbeeld PTSS of *borderline*).

Dissociatie wordt veroorzaakt door angst. Normaal gesproken volgt op angst een vecht- of een vluchtreactie. Indien men niet kan vechten of vluchten, en men gedwongen is in een angstige situatie te blijven, kunnen de hersenen besluiten zich te onttrekken aan de wereld. Hebben de hersenen de dissociatie eenmaal ontdekt, dan kunnen ze dit ongeraagd gaan herhalen. Zo kan men gaan dissociëren op momenten dat men akelige herinneringen zich bijna herinnert. De hersenen schakelen zich als het ware uit. De persoon staart wat voor zich uit, is 'van de wereld'. Mensen hebben 'gaten in hun dag' ze kijken ze op de klok, voor hun gevoel vijf minuten later is het opeens drie uur later. Ze hebben geen herinneringen aan de afgelopen drie uur, en waren helemaal 'weg'.

Het kan leiden tot grote concentratiestoornissen. De persoon presteert soms onder zijn niveau tijdens studie en werk.

Omdat antipsychotica ook angstremmend werken, wordt dissociatie soms met dezelfde antipsychotische medicijnen behandeld, maar dan in veel lagere doseringen. Ook zou therapie helpen om de oorzaak van de angst te analyseren.

De term dissociatie werd voor het eerst gebruikt door de Franse psychiater Pierre Janet (1859-1947) in zijn boek *L'Automatisme psychologique*. Hij beschreef dissociatie als een in eerste instantie effectief verdedigingsmechanisme tegen een psychisch trauma. Aanhoudende dissociatieverschijnselen beschouwde hij als psychopathologisch.

In het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders worden vier specifieke dissociatieve stoornissen en de restcategorie NAO onderscheiden:

- Dissociatieve amnesie
- Dissociatieve fugue
- Dissociatieve identiteitsstoornis
- Depersonalisatiestoornis
- Dissociatieve stoornis nao (niet anderszins omschreven, de restcategorie)

11.1.1 Externe links

- (en) DSM-IV-TR dissociatieve stoornissen (en)
- (nl) Hulpguides - dissociatieve stoornissen
- (nl) Ememo - lotgenotencontact
- (nl) Caleidoscoop – landelijke vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis

11.2 Dissociatieve amnesie

Dissociatieve amnesie (ook wel dissociatief geheugenverlies) is een psychische aandoening. In het DSM-IV is deze stoornis ingedeeld bij de dissociatieve stoornissen. De aandoening werd vroeger **psychogene amnesie** genoemd.

Wie dissociatieve amnesie heeft, kan bepaalde herinneringen, vooral over zichzelf, niet terughalen. Dit gebeurt als **verdedigingsmechanisme** tegen gebeurtenissen die de psyche ernstig in verwarring brengen of schaden. Een episode kan enige minuten duren, maar in ernstige gevallen zelfs het hele leven. Er kan een groot aantal oorzaken ten grondslag aan de stoornis liggen, bijvoorbeeld (jeugd)trauma's, ongelukken of rampen, overlijden van een dierbare, oorlogservaringen of druggebruik. De stoornis kan ook optreden als een persoon een sterk schuldgevoel heeft.

11.2.1 Externe link

- (en) DSM-IV-TR dissociatieve amnesie

11.3 Dissociatieve fugue

Dissociatieve fugue (ook wel dissociatieve vlucht) is een psychische aandoening. In het DSM-IV is deze stoornis ingedeeld bij de dissociatieve stoornissen. De aandoening werd vroeger **psychogene fugue** genoemd.

Kenmerkend voor de aandoening is dat de persoon problemen met de identiteit ondervindt en probeert weg te lopen (geestelijk of fysiek) voor een dreiging. Een patiënt kan op de vlucht slaan, soms naar een heel andere regio, of een andere identiteit aannemen. Vaak is een verbaasde gelaatsuitdrukking een symptoom. Het vluchtgedrag wordt meestal veroorzaakt door een trauma of stress. De aandoening kan ontstaan als de patiënt wordt geconfronteerd met woede van anderen, bedreigingen van zijn eigenwaarde en bedreigingen van zijn normale impulsbeheersing. Net als bij dissociatieve amnesie treedt geheugenverlies op. Bij dissociatieve fugue is de patiënt zich er echter niet van bewust dat hij gaten in het geheugen heeft.

11.3.1 Externe link

- (en) DSM-IV-TR dissociatieve fugue

11.4 Dissociatieve identiteitsstoornis

Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) (in de ICD-terminologie: **meervoudigepersoonlijkhedenstoornis**) of **multipele persoonlijkheidsstoornis (MPS)** is een psychische aandoening waarbij iemand afwisselend twee (of meer) van elkaar te onderscheiden persoonlijkheidstoestanden kan aannemen. Ten minste twee van deze persoonlijkheden nemen regelmatig het gedrag volledig over. Vaak heeft de patiënt gaten in het geheugen die niet door vergeetachtigheid te verklaren zijn. Vaak weet de oorspronkelijke persoonlijkheid niets van de andere persoonlijkheden (ook wel alter ego's, alters of binnenmensen genoemd). De andere persoonlijkheden weten soms wel af van de oorspronkelijke identiteit en van elkaar. De alternatieve persoonlijkheden zijn in die zin volledig, dat ze een eigen karakter en verleden hebben en soms ook andere uiterlijke kenmerken (een ander stem- en taalgebruik). De alterego's kunnen allemaal een eigen naam hebben, maar het hoeft niet per se. Sommige mensen met DIS hebben geen namen voor hun alterego's, maar toch zijn het andere persoonlijkheden.

11.4.1 Kenmerken

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de dissociatieve identiteitsstoornis.^{[1][2]}

1. De aanwezigheid van twee of meer duidelijk onderscheiden persoonlijkheden of persoonlijkheidsaspecten (ieder met een relatief blijvend patroon van waarneming, aanvoelen en denken over de omgeving en zichzelf).
2. Minimaal twee van deze identiteiten of persoonlijkheden nemen regelmatig het gedrag van de persoon over.
3. Onvermogen om zich belangrijke persoonlijke informatie te herinneren, wat niet verklaard kan worden door gewone vergeetachtigheid.
4. De stoornis is geen gevolg van directe fysiologische effecten na inname van een substantie (bijvoorbeeld blackouts of chaotisch gedrag bij alcoholintoxicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld complexe stuipen).

11.4.2 Overige kenmerken

1. **Geheugenverlies**, de persoon is stukken verleden kwijt. Daarnaast kan hij dingen die hij net heeft gedaan soms niet meer herinneren.
2. **Depersonalisatie**, het gevoel van een afstand naar zichzelf te kijken, buiten zichzelf en als robot te leven, dingen te doen zonder daar een gevoel bij te hebben. Het contact met het eigen lichaam lijkt verbroken.
3. **Derealisatie**, oftewel breken met de werkelijkheid, de dingen om je heen beleven alsof deze niet echt gebeuren. Het niet meer herkennen van je omgeving.
4. **Identiteitsstoornis**, het horen van stemmen van andere persoonlijkheden en de strijd tussen deze persoonlijkheden.
5. **Identiteitswisselingen**, het veranderen van persoonlijkheid en daardoor alleen de dingen herinneren die *deze* persoonlijkheid heeft meegemaakt, al het andere is weg of naar de achtergrond verdreven.
6. Mogelijk **suïcidale neigingen** of automutilatie.

11.4.3 Algemeen

In eerdere klinische omschrijvingen van DSM (II) werd nog gesproken van meervoudige persoonlijkheid. Later is dit gewijzigd omdat men veronderstelde dat het niet zozeer ging om het omschakelen tussen verschillende persoonlijkheden maar het ontbreken van een enkelvoudige identiteit binnen eenzelfde persoon. Daarom wordt in DSM-5 nu gesproken van verschillende identiteiten of persoonlijkheidstoestanden in plaats van persoonlijkheden. Volgens de DSM-definitie kan het geheugenverlies niet verklaard worden als een gevolg van normaal vergeten.^[3] De DIS-symptomen kunnen ook niet worden

toegeschreven aan gebruik van alcohol of drugs, epileptische aanvallen, of ander medische condities. De diagnose wordt bemoeilijkt door **comorbiditeit** met andere psychische stoornissen. **Simuleren** zou ook een oorzaak kunnen zijn, als er sprake is van een mogelijk financieel of forensisch profijt. De diagnose DIS kan met een gestructureerd DSM-5-vraaggesprek worden vastgesteld.^{[4][5]} Ook wordt er soms gebruikgemaakt van een vragenlijst.^[6]

11.4.4 Oorzaken

Ondanks de kenmerken die in DSM-5 worden genoemd, zijn deskundigen het er nog niet over eens of iemand aan DIS kan lijden, en of alle genoemde kenmerken wel kloppen met de realiteit. Ook bestaat er verschil van mening over de diagnose en manier van behandelen van DIS. Over de mogelijke oorzaak van DIS wordt een debat gevoerd door deskundigen die hierover verschillende opvattingen hebben.

Psychotrauma

Een bekende opvatting is dat DIS het gevolg is van een **psychotrauma** in de vroege jeugd, als gevolg van seksueel misbruik, mishandeling, ernstige ziektes of affectieve verwaarlozing.^{[7][8][9][10][11]} Het is ook mogelijk dat DIS-symptomen onderdeel vormen van een **posttraumatische stressstoornis** (PTSS) waarbij ook het geheugen voor traumatische gebeurtenissen is aangetast. Volgens deze visie kunnen dus zowel een trauma als **stress** leiden tot een toestand als DIS of PTSS.^[12]

Sociocognitief

Een geheel andere opvatting is dat DIS het gevolg is van een suggestieve psychotherapeutische aanpak (**iatrogeen**: door genezer veroorzaakt) waarbij een patiënt de rol van een DIS-patiënt gaat spelen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een patiënt door een therapeut, hulpverlener of voorbeelden in de media ervan overtuigd raakt dat zijn of haar problemen een gevolg zijn van seksueel misbruik in de kinderjaren. Ook kan DIS voortkomen uit een sterke suggestibiliteit of neiging tot fantaseren. Een andere mogelijkheid is tenslotte dat de DIS-symptomen een gevolg zijn van **simuleren** of onderdeel vormen van een **nagebootste stoornis** waarin iemand ziektebeelden fingeert om aandacht te krijgen. Door de bestaande gevallen van dissociatieve identiteitsstoornis is deze oorzaak echter niet de enige en dient men zeker aandacht te besteden aan de psychotraumatische grondslag.^{[13][14][15][16][17]}

Aangezien er nog niet genoeg grootschalig onderzoek is gedaan om een van de theorieën te bewijzen is er nog geen duidelijkheid over de etiologie van DIS. Vanwege het casuïstisch karakter van de meeste onderzoeken is het lastig om algemene, eensluidende conclusies te trekken.

11.4.5 Onderzoek

Het meeste tot nu toe verrichte onderzoek is casuïstisch van aard: het beschrijft individuele gevallen en voorbeelden. Er is nog weinig systematisch en gecontroleerd onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre de verschijnselen van DIS toe te schrijven zijn aan twee verschillende identiteiten of personen, of dat het eerder gaat om twee tegenstrijdige kanten of aspecten van dezelfde persoon. Een cruciale vraag daarbij is of er inderdaad sprake is van **dissociatieve amnesie**: dat men niets weet of zich niets herinnert van wat zich in de andere identiteit of persoonlijkheidstoestand heeft voorgedaan.^[18] Deze laatste vraag lijkt eveneens van belang voor de **forensische psychiatrie** of voor een rechtbank die moet beslissen of een persoon verantwoordelijk moet worden gesteld voor het gepleegde misdrijf, of **ontoerekeningsvatbaar** moet worden verklaard.^{[19][20]}

Recente systematische studies waarbij DIS-patiënten zijn vergeleken met gezonde proefpersonen die DIS simuleerden hebben volgende resultaten opgeleverd. Patiënten werd daarbij gevraagd om te schakelen tussen twee identiteiten of rollen: de trauma-identiteit en de neutrale of normale identiteit. Ook werden zij daarbij geconfronteerd met nare en neutrale herinneringen. Hetzelfde werd gevraagd aan gezonde proefpersonen die zich in beide identiteiten moesten inleven. Er werd hierin zowel bewijs gevonden voor het bestaan van DIS als bewijs van het tegendeel. In een van deze studies bleken lichamelijke reacties en hersenactiviteit van DIS-patiënten te verschillen tussen beide identiteiten. Bij gezonde simulanten was dit niet het geval. Kennelijk is de toestand van DIS niet uitsluitend aan simulatie, neiging tot fantaseren of een grotere suggestibiliteit toe te schrijven, concludeerden de auteurs.^{[21][22][23]}

In een andere recente studie gaven patiënten ondanks hun bewering dat zij zich niets konden herinneren van hun gedissocieerde (traumatische) toestand toch blijk van impliciete (onbewuste) herkenning van informatie uit die toestand. Terwijl zij in hun normale identiteit een cognitieve taak uitvoerden bleken zij namelijk toch afgeleid te worden door woorden die voor hun andere (traumatische) identiteit beladen waren. Kennelijk heeft het geheugen van DIS-patiënten dan toch toegang tot persoonlijke en autobiografische informatie van die traumatische identiteit. Dit hoeft echter niet te betekenen dat deze stoornis niet bestaat, aangezien de werking van het menselijk brein ook op het vlak van het geheugen nog niet volledig is doorgrond.^{[24][25][26]}

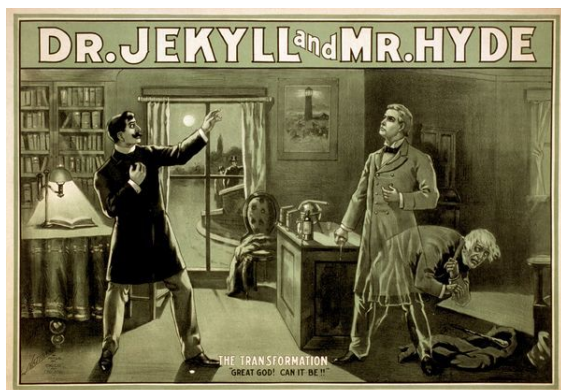
11.4.6 Psychotherapie

Er bestaat geen consensus over de juiste diagnose en behandeling van DIS. Het bestaande onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling is voornamelijk gebaseerd op beschrijving van individuele gevallen. Deze behandelingen bevatten bijna altijd psychotherapie. Bij de be-

handeling van traumagerelateerde klachten wordt meestal uitgegaan op een benadering die gericht is op drie fases: In fase 1 gaat het om stabilisatie en symptoomreductie, zodat de patiënt de taken die bij het dagelijks leven horen beter aan kan. In fase 2 gaat het om de behandeling van de traumatische gebeurtenissen. In fase 3 is de behandeling erop gericht de patiënt een nieuwe levensstijl te laten ontwikkelen. Alle fases worden steeds met elkaar afgewisseld.

11.4.7 Geschiedenis en literatuur

In de Middeleeuwen werden personen met een meervoudige persoonlijkheid vermoedelijk gezien als ‘bezetenen’^[27] In de 19de eeuw werden er volgens Rieber wel 100 gevallen van meervoudige persoonlijkheid gerapporteerd.^{[28][29]} In 1910 introduceerde Eugen Bleuler de term schizofrenie ter vervanging van de oudere term *dementia praecox*. Vanaf dat tijdstip was er ook een afname in rapportering van het aantal gevallen van meervoudige persoonlijkheid, vermoedelijk omdat men de meervoudige persoonlijkheid zag als een onderdeel van schizofrenie met symptomen als hallucinaties en wanen.^{[30][31]} Eind 19de eeuw heerste de wijdverbreide opvatting dat emotioneel traumatische ervaringen tot allerlei lichamelijke klachten konden leiden, die conversies werden genoemd. Franz Mesmer en Armand-Marie Jacques de Chastenet, Marques de Puységur, pasten aan het eind van de 18de eeuw hypnose toe, en meenden dat in deze toestand een andere persoonlijkheid kon worden opgeroepen. Soms traden zij voor een publiek op en toonden daarbij hun spectaculaire gevallen. Gevallen van dissociatie werden in de psychiatrie voor het eerst systematisch beschreven door de Franse psychiaters Jean-Martin Charcot en Pierre Janet. Charcot werd vooral bekend door zijn toepassing van hypnose en behandeling van hysterische patiënten, terwijl zijn leerling Janet de termen dissociatie en onbewuste heeft ingevoerd. Sigmund Freud heeft later hun ideeën over de rol van jeugdtrauma's en dissociatie verder uitgewerkt in zijn theorie van het onbewuste.



Dr Jekyll en Mr Hyde

Gevallen van meervoudige of ‘gespleten’ persoonlijkhe-

den hebben altijd tot de verbeelding gesproken. Dit blijkt uit de grote populariteit van verhalen van Edgar Allen Poe, Mary Shelley (*Frankenstein*), Robert Louis Stevenson (*Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*) en publieksfilms als *The three faces of Eve* en *Sybil*. Deze wekten vooral bij het grote publiek belangstelling op voor gevallen van meervoudige persoonlijkheid.^{[32][33]} Een ander voorbeeld van een gespleten persoonlijkheid is Golem in *The Lord of the Rings*.

11.4.8 Zie ook

- Dissociatie
- Dissociatieve stoornis

11.4.9 Referenties

- [1] Association AP, DSM-IV APATF on (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub. 996 p.
- [2] Spiegel, D.; Loewenstein, R. J.; Lewis-Fernández, R.; Sar, V.; Simeon, D.; Vermetten, E.; Cardeña, E.; Dell, P. F. (2011). *Dissociative disorders in DSM-5*. *Depression and Anxiety* 28 (9): 824–852.
- [3] Dorahy MJ (2001) *Dissociative identity disorder and memory dysfunction: The current state of experimental research and its future directions*. *Clin Psychol Rev* 21: 771–795.
- [4] Steinberg MMD (1994) *Structured Clinical Interview for DSM-5 Dissociative*
- [5] Boon S, Draijer N (1993) *Multiple Personality Disorder in the Netherlands. A Study on Reliability and Validity of the Diagnosis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- [6] Carlson EB, Putnam FW (1993) *An update on the Dissociative Experiences Scale*. *Dissociation*. 6: 16–27
- [7] Xiao Z, Yan H, Wang Z, Zou Z, Xu Y, et al. (2006) *Trauma and dissociation in China*. *Am J Psychiatry* 163: 1388–1391.
- [8] Gleaves DH (1996) *The cognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence*. *Psychol Bull* 120: 42–59.
- [9] Nijenhuis, E; van der Hart O; Steele K (2010). *Trauma-related structural dissociation of the personality* *Activitas Nervosa Superior* 52 (1): 1–23.
- [10] Hart O van der, Nijenhuis ERS, Steele K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. 1st ed. W. W. Norton & Company. 440 p.
- [11] McNally RJ (2003) *Remembering Trauma*. Cambridge, MA:Belknap Press of Harvard University Press. 448 p.
- [12] Spiegel D (1984). ;Multiple personality as a post-traumatic stress disorder;; *Psychiatr Clin North Am* 7: 101–110.

- [13] Lynn, SJ; Berg J; Lilienfeld SO; Merckelbach H; Giesbrecht T; Accardi M; Cleere C (2012). *Dissociative disorders*. In Hersen M; Beidel DC. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. John Wiley & Sons. pp. 497–538
- [14] Piper A, Merskey H (2004) *The persistence of folly: a critical examination of dissociative identity disorder*. Part I. *The excesses of an improbable concept*. *Can J Psychiatry* 49: 592–600.
- [15] Piper A, Merskey H (2004) *The persistence of folly: critical examination of dissociative identity disorder*. Part II. *The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder*. *Can J Psychiatry* 49: 678–683.
- [16] Merckelbach H, Horselenberg R, Muris P (2001) *The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): a brief self-report measure of fantasy proneness*. *Personality and Individual Differences* 31: 987–995
- [17] Rassin E, Merckelbach H, Spaan V (2001) *When dreams become a royal road to confusion: realistic dreams, dissociation, and fantasy proneness*. *J Nerv Ment Dis* 189: 478–481.
- [18] Dorahy MJ, Huntjens RJC (2007) *Memory and attentional processes in dissociative identity disorder: A review of the empirical literature*. In Vermetten E, Dorahy M, Spiegel D, editors. *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. Arlington: American Psychiatric Publishing. 55–75.
- [19] Reinders, A. A. T. S. (2008). *Cross-examining dissociative identity disorder: Neuroimaging and etiology on trial*. *Neurocase* 14 (1): 44–53
- [20] Farrell, H. M. (2011). *Dissociative identity disorder: Medico-legal challenges*. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 39 (3): 402–406.
- [21] A.A.T. Simone Reinders, Antoon T.M. Willemsen, Herry P.J. Vos, Johan A. den Boer, Ellert R. S. Nijenhuis. *Fact or Facitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States Plos One*. Juni 2012, 1-17.
- [22] Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, Korf J, Willemsen ATM, et al. (2003). *One brain, two selves*. *Neuroimage* 20: 2119–2125.
- [23] Reinders, A. A. T. S. (2008). *Cross-examining dissociative identity disorder: Neuroimaging and etiology on trial*. *Neurocase* 14 (1): 44–53.
- [24] Rafael J. C. Huntjens, Bruno Verschuere, Richard J. McNally (2012). *Inter-Identity Autobiographical Amnesia in Patients with Dissociative Identity Disorder*. *Plos* 1 18 Juli, 1-8
- [25] Kong LL, Allen JJB, Glisky EL (2008). *Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder*. *J Abnorm Psychol* 117: 686–692.
- [26] Huntjens RJC, Peters ML, Woertman L, Van der Hart O, Postma A (2007) *Memory transfer for emotionally valenced words between identities in dissociative identity disorder*. *Behav Res Ther* 45: 775–789.
- [27] Atchison M, McFarlane AC (1994). *A review of dissociation and dissociative disorders*. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 28 (4): 591–9.
- [28] Rieber RW (2002). *The duality of the brain and the multiplicity of minds: can you have it both ways?* *History of Psychiatry* 13 (49 Pt 1): 3–17.
- [29] Rieber, R. W. (1999). *Hypnosis, false memory and multiple personality: A trinity of affinity*. *History of Psychiatry* 10 (37)
- [30] Rosenbaum M (1980). *The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality*. *Arch. Gen. Psychiatry* 37 (12): 1383–5.
- [31] Putnam, Frank W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: The Guilford Press. pp. 351. ISBN 0-89862-177-1
- [32] Borch-Jacobsen M, Brick D (2000). “How to predict the past: from trauma to repression”. *History of Psychiatry* 11 (41 Pt 1): 15–35
- [33] Acocella, J (1979). *Creating Hysteria: Women and Multiple Personality Disorder*. New York: Jossey-Bass. ISBN 0-7879-4794-6

11.4.10 Externe links

- hulpgids - dissociatieve identiteitsstoornis

11.5 Depersonalisatiestoornis

De **depersonalisatiestoornis** is een psychische aandoening waarbij de patient een gevoel van vervreemding ervaart, zonder dat er sprake is van wanen. Depersonalisatie kan een symptoom van andere aandoeningen zijn, maar in het geval van de depersonalisatiestoornis is het een specifiek ziektebeeld. In het DSM-IV is de stoornis ingedeeld bij de dissociatieve stoornissen.

Depersonalisatie kan omschreven worden als het gevoel 'los' te staan van de omgeving, in een droom te leven, achter glas te staan of het eigen lichaam als vreemd te ervaren. De patiënt houdt wel contact met de werkelijkheid, maar kan door het gevoel van vervreemding, erg onrustig of gespannen worden.

11.5.1 Behandeling

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar behandeling van de depersonalisatiestoornis. Wel zijn er veelbelovende resultaten geboekt met de behandeling van de depersonalisatiestoornis als ware het een angststoornis. Recente opvattingen suggereren namelijk dat de depersonalisatiestoornis meer kenmerken vertoont van een angststoornis dan van een dissociatieve stoornis. De opvatting gaat ervan uit dat angst voor symptomen van depersonalisatie leidt tot spanning en vermijdingsgedrag, waardoor juist

deze symptomen blijven opkomen. In 2011 is een protocolaire behandeling van de depersonalisatiestoornis gepubliceerd welke gebaseerd is op deze recente inzichten (Bar & Van Minnen, 2011).^[1]

11.5.2 Externe link

- (en) DSM-IV-TR depersonalisatiestoornis

11.6 Dissociatieve stoornis nao

Dissociatieve stoornis nao (niet anderszins omschreven) is de restgroep in de categorie dissociatieve stoornissen zoals omschreven in het psychiatrische handboek DSM-IV. Bij stoornissen in deze subcategorie treedt dissociatie sterk op de voorgrond (dus verstoring van bewustzijn, waarneming, identiteit of geheugen), maar is niet voldaan aan de voorwaarden voor diagnose voor een van de vier specifiek omschreven dissociatieve stoornissen.

Volgens de DSM-classificatie vallen in deze groep enige stoornissen die in het handboek ICD-10 wel specifiek zijn beschreven, zoals dissociatieve motorische of zintuiglijke stoornissen of dissociatieve convulsies.

Ook het syndroom van Ganser, aandoeningen als amok en latah of bepaalde vormen van trance kunnen worden gezien als dissociatieve stoornis nao.

11.6.1 Zie ook

- Dissociatieve stoornis
- Dissociatie

11.6.2 Externe links

- Hulpdids - dissociatieve stoornis nao
- www.dissociativestoorisnao.nl
- Ememo - lotgenotencontact
- Altercafe - Lotgenotencontact

Hoofdstuk 12

seksuele stoornissen

12.1 Seksuele disfunctie

Een **seksuele disfunctie** of **seksuele stoornis** is een beperking of moeilijkheid in de seksuele activiteit. Deze stoornissen kunnen van verschillende aard zijn. De gemeenschappelijke karakteristiek is dat **geslachtsgemeenschap** niet op een normale manier volbracht kan worden. Enkele voorbeelden zijn **erectiestoornissen**, **beperkte ejaculatie**, **een droge vagina**, **anorgasmie** en **vaginisme**. Seksuele disfunctie kan een **psychologische** of **lichamelijke** oorzaak hebben. Zowel mannen als vrouwen kunnen een seksuele stoornis hebben.

12.1.1 Zie ook

- Categorie:Psychoseksuele aandoening

12.2 Erectiestoornis

Een **erectiestoornis** (ook, ouderwets: **impotentie**) is het onvermogen om een erectie van de **penis** te verkrijgen of te behouden die voldoende is om goede **geslachtsgemeenschap** te kunnen hebben. Dit is onafhankelijk van het vermogen tot het hebben van een **zaadlozing** en onafhankelijk van de **vruchtbaarheid** van de man. Meestal wordt impotentie aangeduid met “erectiestoornis”, daar impotentie een vrij beladen term is en nogal eens (foutief) ook voor de andere seksuele problemen wordt gebruikt, met name de **sekslust** en te vroeg **klaarkomen**. De term impotentie kan wel in samenhang met die problemen worden gebruikt, maar de problemen als specifiek probleem vallen niet onder impotentie.

Ongeveer een 17% van de mannen in Nederland vanaf 18 jaar kampt met een erectiestoornis. De **ICD-10** maakt onderscheid tussen impotentie van organische oorsprong (N48.4) en psychogene impotentie (F52.2).

12.2.1 Erectiemechanisme

Een erectie kan op vele manieren tot stand komen: door aanraking van de penis, door visuele of geestelijke opwin-

ding, bijvoorbeeld het kijken naar **pornografie**, het denken aan seks of seksuele fantasieën. De veel voorkomende **ochtenderectie** wordt echter vaak veroorzaakt door een lichamelijke reactie, niet een seksueel getinte droom. De seksueel getinte droom is juist een gevolg van het hebben van een erectie tijdens de slaap. De ochtenderectie is een gevolg van een mechanisme in het mannelijk lichaam.

12.2.2 Oorzaken van impotentie

Impotentie kan lichamelijke oorzaken hebben als te lage hormoonspiegels, neurologische problemen, onvoldoende bloedtoestroom of psychologische problemen. Vooral als een man bang is om een erectiestoornis te hebben (**prestatiedrang**) kan het gebeuren dat door de spanning het systeem het inderdaad laat afweten. Dit levert potentieel een negatieve spiraal op waardoor helemaal geen erectie meer wordt verkregen wanneer **seksuele prikkeling** aanwezig is.

Over het algemeen is de oorzaak psychologisch, maar als ook de niet-seksuele ochtenderectie ontbreekt is het waarschijnlijker dat een lichamelijke oorzaak ten grondslag ligt aan de storing.

Geestelijke oorzaken

Een aantal vooroordelen op seksueel gebied, die voor erectieproblemen kunnen zorgen zijn:

- De man moet presteren.
- De man moet altijd zin hebben in seks.
- De man moet altijd klaarkomen.

Daarnaast kunnen vervelende ervaringen op seksueel gebied, spanningen op het werk of een verstoorde verstandhouding met de partner invloed hebben op de erectie.

Enkele andere mogelijke psychologische oorzaken zijn:

- depressie
- angst

- stress
- boosheid op partner
- verdriet/rouw
- nervositeit
- faalangst
- opvoeding (seks is slecht/vies)
- vervelende seksuele ervaringen (misbruik/aanranding)
- communicatieproblemen met de partner
- negatief zelfbeeld (vaak op klinische punten)
- Anorexia nervosa

Veelal kunnen deze klachten aangepakt worden door beter te communiceren met de partner en deze vooroordelen weg te nemen. Soms is de hulp van een **seksuoloog** en psycholoog ook nodig.

Lichamelijke oorzaken

Er zijn tal van lichamelijke oorzaken, maar over het algemeen is de doorbloeding naar de **penis** niet goed. Men moet hierbij denken aan factoren als:

- Overgewicht
- Hoog cholesterol gehalte
- Hoge bloeddruk
- Suikerziekte
- Bestraling van de prostaat, prostaatoperatie
- Hoog prolactine gehalte tgv. een prolactinoom
- neurologische aandoeningen
- Multiple Sclerose

Naast deze factoren zijn er ook nog een aantal levensstijlfactoren. Men moet hierbij denken aan: **Roken**^[1], **drugsgebruik**, **stress** en **alcoholmisbruik**. Ook kunnen sommige medicijnen een erectiestoornis veroorzaken.

12.2.3 Medicijnen

In de jaren negentig van de 20e eeuw is voor het eerst een symptoombestrijdend middel tegen impotentie op de markt gekomen onder de naam *Viagra*. Daarna volgden nog twee andere middelen: *Cialis* en *Levitra*. De werkzame component van *Viagra*, **sildenafil**, versterkt de werking van NO dat in het lichaam als signaalmolecuul voor

de erectie dient. *Viagra* en *Levitra* (werkzame component: **ildenafil**) zijn kortwerkende middelen en na inname 4-5 uur beschikbaar voor hun werking. *Cialis* (werkzame component: **tadalafil**) is een langwerkend middel en na inname 36 uur beschikbaar voor zijn werking.

Andere middelen zijn een injectie in de penis met papaverine, een stof met vaatverijdende eigenschappen. Ook kan een vacuümpomp uitkomst bieden. Hiermee kun je het bloed in de zwellichamen zuigen. Met de juiste apparatuur is snel een complete erectie en zaadlozing mogelijk. Deze techniek is ook toepasbaar als medicijngebruik ongewenst of verboden is. Verder hoort een operatief geplaatste prothese ook tot de mogelijkheden. Het is een hulpmiddel dat de penis niet geheel stijf maakt maar een penetratie is wel mogelijk.

12.2.4 Lichamelijk onderzoek

Slechts zelden zal een lichamelijk onderzoek nodig zijn om de oorzaak van de erectiestoornis vast te stellen. Meestal is een man al bekend met een chronische ziekte of medicatiegebruik of zijn er andere omstandigheden die het probleem kunnen veroorzaken. De anamnese is het belangrijkste diagnosticum. Is er onzekerheid over de oorzaak dan kan het beste een psychofysiologisch onderzoek in een speciaal daartoe uitgerust laboratorium plaatsvinden door middel van meting van de reactie van de penis bij het kijken naar erotisch materiaal. Een artsseksuoloog kan daartoe een indicatie stellen.

12.2.5 Zie ook

- Ochtenderectie
- Seksuologie

12.3 Anorgasmie

Anorgasmie is het onvermogen tot het bereiken van een orgasme bij de **geslachtsgemeenschap**, vooral bij vrouwen. Anorgasmie kan het gevolg zijn van angst om betrapt te worden, van conflicten met de partner, het ontbreken van tederheid of techniek bij de partner en schuld- of schaamtegevoelens. Soms is er een dieper liggende problematiek, waar **therapie** bij een **seksuoloog** voor nodig is. Bij de man kan dit in zekere zin worden vergeleken met impotentie.

Uit het onderzoek 'Seksualiteit in Nederland', uitgevoerd door Standfort en Van Zessen in 1991, en ook uit het onderzoek van Bezemer en Heffels (*Liever de lusten*, 1993) blijkt dat rond de tien procent van de vrouwen nooit klaarkomt.

Raboch en Boudnik ondervroegen in 1990 2425 gynaecologische patiënten tijdens hun verblijf in een kuuroord.

Er werden subgroepen gemaakt op basis van het geboortjaar (tussen 1911 en 1970). In de groep vrouwen geboren tussen 1961 en 1970 werd er een opmerkelijke stijging in het aantal vrouwen opgemerkt die niet tot een orgasme konden komen. Volgens de onderzoekers heeft dit te maken met druk in de sociale omgeving.

12.4 Vaginisme

Psychogeen vaginisme (ICD-10 F52.5) is het onvrijwillig samentrekken van de spieren rondom de vagina waardoor het (bijna) onmogelijk wordt om *geslachtsgemeenschap* te hebben. Deze samentrekking vindt plaats wanneer een penis of een vinger of een in te brengen voorwerp zoals tampon in de buurt van de vagina wordt gebracht. Het is alsof het onderbewuste door een lichamelijke actie *nee* zegt tegen penetratie terwijl het bewustzijn van de vrouw daar mogelijk niet negatief tegenover staat.

Dit wordt onderscheiden van *organisch vaginisme* (ICD-10 N94.2).

Vaginisme wordt soms veroorzaakt door angst: angst voor de penis (mogelijk de grootte van de penis) of angst voor pijn. Andere oorzaken kunnen zijn een slechte relatie met de partner of een eerdere traumatische seksuele ervaring.

De behandeling van vaginisme in de gynaecologische praktijk houdt in dat de oorsprong van de onderbewuste reactie wordt gezocht, en aan de andere kant de bewuste controle over de spieren wordt getraind. Ook wordt wel eens de zogenaamde pelottentherapie toegepast.

12.4.1 Zie ook

- Dyspareunie

12.4.2 Externe link

- Vaginisme.nl website over vaginisme en dyspareunie
- [Informatie over vaginisme op de website van de NVSH](#)

12.5 Parafilie

Parafilie (van het Griekse para παρά = naast en -philia φιλία = vriendschap, hier liefde) is de verzamelnaam van een groep seksuele gedragingen of fantasieën die over het algemeen als afwijkend van de heersende normen worden beschouwd. De parafilieën lopen uiteen van voor andere mensen geheel onschadelijke gedragingen tot zeer schadelijke, en daartoe mogelijk leidende fantasieën. Voorbeelden zijn: seksuele opwindings door voorwerpen (fetisjisme), (gespeeld) agressief of vernederend gedrag, maar ook seksuele handelingen met kinderen en seksueel

gedrag zonder instemming van de partner behoren tot het spectrum. Als het seksueel gedrag leidt tot ernstige problemen tussen een persoon en zijn omgeving, kan sprake zijn van een **psychische aandoening**.

12.5.1 Geschiedenis

De term *parafilie* werd gelanceerd door Wilhelm Stekel in de jaren twintig en werd opnieuw onder de aandacht gebracht door de seksuoloog John Money als een neutrale aanduiding voor ongebruikelijke seksuele interesses. Psychologen en psychiaters zijn eind 19e eeuw begonnen met het categoriseren van parafilieën om een duidelijker beeld te krijgen van de wettelijke en religieuze concepten van sodomie en perversie. De DSM-III uit 1980 nam het eerst parafilie op als eigen categorie; voorheen werd het beschreven onder seksuele afwijking.

12.5.2 Controverse

In de wereld van de psychologie en psychiatrie bestaat al geruime tijd discussie over de classificatie van parafilieën als psychische aandoening. Er is een stroming die stelt dat de classificatie te veel berust op maatschappelijke visies en normen. Men trekt dus de fundamentele psychopathologische aard van parafilieën in twijfel en stelt dat deze uit de handboeken geschrapt moet worden. Anderen menen dat de parafilieën niet als zodanig geschrapt hoeven te worden, maar wel scherpere criteria behoeven. **Homofilie** en **zoöfilie** zijn als zelfstandige parafilie inmiddels uit de classificatie verdwenen. Zoöfilie wordt vermeld onder 302.9 Paraphilia NOS ('parafilie niet anders omschreven') (DSM-IV-TR) eveneens wordt homofilie geregeld vermeld onder 302.9 Paraphilia NOS. Diagnoses waarin de focus van klinische aandacht primair gericht is op homofilie als As I stoornis (zie DSM-IV-TR Multiaxial Assessment) komen tegenwoordig weinig meer voor, tenzij homofilie samengaat met "significant leed" en daardoor klinische aandacht behoeft.

12.5.3 Wetgeving

Verschillende landen hebben verschillende normen voor de eventuele strafbaarheid van parafilie. In hedendaags Nederland vormt consensus van de betrokken partijen en dus hun meerderjarigheid een belangrijk criterium. Daarnaast is, in het geval van pedofilie en zoöfilie, het bezit van afbeeldingen van seksuele handelingen met kinderen of dieren verboden.

12.5.4 Overzicht

DSM-IV

In het DSM-IV zijn de volgende parafilieën omschreven [1]:

- Exhibitionisme
- Fetisjisme
- Frotteurisme
- Pedofilie
- Seksueel masochisme
- Seksueel sadisme
- Fetisjistisch transvestitisme
- Voyeurisme

Verder vermeldt het handboek nog een restgroep, niet anderszins omschreven. Bij deze restgroep horen necrofilie (lijken), klismafilie (rectaal inbrengen van vloeistof), coprofilie (ontlasting), telefoonscatologie (obsценiteiten over de telefoon), urofilie (urine) en partialisme (lichaamsdelen). Vanwege de onderliggende seksuele drang zou ook bijvoorbeeld apotemnofilie (een sterk overheersend verlangen om een of meer gezonde ledematen te laten amputeren, vaak zonder chirurgisch toezicht of begeleiding) hieronder gerekend kunnen worden.

Overige parafilieën

Op de Wikipedia-pagina *Seksualiteit* worden nog andere vormen omschreven (augustus 2013):

- algolagnie - seksueel genot beleven aan pijn
- bestialiteit - seks met dieren
- bondage - seksuele stimulering door middel van vastbinden of overgeleverd zijn aan de ander door bewegingsbeperking
- coprolagnie - seksueel genot beleven met (menselijke) uitwerpselen (poepseks)
- efebofilie - seksuele voorkeur van volwassenen voor pubers vanaf 12 jaar
- frotteurisme - seksueel genot beleven aan het heimelijk aanraken van anderen
- gerontofilie - seksuele aantrekking tot ouderen
- infantilisme - seksueel genot beleven aan het als volwassenen spelen van een (jong) kind (ageplay).
- niet-penetratieve seks - seks zonder feitelijke geslachtsgemeenschap

- nymfomanie - overmatige seksuele drift van de vrouw
- promiscuïteit - veel wisselende seksuele contacten
- publieke seks - seks in de openbare ruimte
- sadomasochisme - seksuele uitingen waar macht, vernedering en/of pijn een belangrijke rol spelen
- saliromanie - seksueel genot beleven aan *vies*, zoals kots, uitwerpselen, enzovoorts (ook scat)
- satyriasis - overmatige geslachtsdrift van de man. Synoniemen zijn gynaecomanie, satyromanie
- seksverslaving - verslaving aan seks
- voedsel-erotiek - erotiek en seks met etens- en drinkwaren
- wurgseks - seksueel genot door het dichtknijpen van de keel

Nederland

Zie:

- strafbaarheid pedoseksueel gedrag in Nederland.
- strafbaarheid zoöoseksueel gedrag in Nederland.
- strafbaarheid exhibitionistisch gedrag in Nederland

Hoofdstuk 13

eetstoornissen

13.1 Eetstoornis

Een **eetstoornis** is een **psychische aandoening**, een afwijking van het normale eetgedrag behorend bij de leeftijd, het geslacht, en dergelijke. Het probleem kan zich bevinden in de hoeveelheid voedsel die iemand tot zich neemt (te veel of te weinig), in eetaanvallen, in het uitbraken van voedsel (met als doel gewichtscontrole), in voedselweigeren, ...

Indien de betroffene lijdt aan *overeten*, ontstaat het risico van *obesitas* (vetzucht).

In het handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* zijn twee eetstoornissen beschreven:

- **Anorexia nervosa** (magerzucht): men zal er alles aan doen om heimelijk wegen te vinden niet te hoeven eten.
- **Bulimia nervosa**: men is sterk geobsedeerd om heimelijk veel te eten en dit kort daarna weer uit te braken, of te laxeren.

Afhankelijk van de effectiviteit van braken of laxeren zal de betroffene in gewicht afnemen of toenemen. Verder wordt in het handboek ook nog melding gemaakt van een restgroep: eetstoornis niet anderszins omschreven. Hieronder vallen stoornissen die wel afwijkingen van het eetgedrag betreffen, maar niet onder de bovenstaande ziektebeelden vallen.

In appendix B van het DSM-IV (voorgestelde onderzoekscriteria) is ook nog sprake van de **eetbuistoornis (Binge Eating Disorder)**: Deze eetstoornis heeft grote overeenkomsten met *bulimia nervosa* doordat de betrokkene aan *eetbuien* lijdt, maar het compensatiegedrag (braken etc.) ontbreekt. Als gevolg hiervan kan de patiënt gewichtproblemen ontwikkelen. Dit kan vervolgens weer tot lichamelijke en psychische klachten leiden.

(Nog) niet in het DSM-IV vermeld, maar wel in onderzoek, is de aandoening **orthorexia nervosa**, die zich kenmerkt door een obsessie voor de gezondheid van het voedsel.

Volgens psycholoog Tatjana van Strien komen eetbuien veel voor bij mensen die lijnen. Abnormaal eetgedrag

onderscheidt men in *emotioneel eetgedrag* (eten wanneer men zich rot voelt, of eten voor de gezelligheid) en *extern eetgedrag* (eten terwijl men geen honger heeft, maar naar aanleiding van een externe aanleiding). Volgens haar hebben beide categorieën baat bij psychologische hulp alvorens te gaan lijnen.

Bij kinderen komt een aantal speciale eetstoornissen voor, bijvoorbeeld **pica** en **ruminatiestoornis**.

Een andere eetstoornis is de **selectieve eetstoornis** waarbij men heel kieskeurig is over wat men wel en niet eet. Aan het televisieprogramma *Farm of Fussy Eaters* deden enkele mensen met deze eetstoornis mee.

13.1.1 Mogelijke oorzaken voor een eetstoornis^[1]

De oorzaken voor een eetstoornis kunnen op verschillende manieren uitgelegd worden.

1. Naargelang het **tijdstip van ontwikkeling** kunnen voorbeschikkende, uitlokkende of in stand houdende factoren onderscheiden worden.

Voorbeschikkende factoren zijn vooral terug te vinden bij mensen die in hun persoonlijkheid meer kwetsbaar zijn (bv. angstig, weinig zelfvertrouwen, erg perfectionistisch, behoefte aan controle over het leven). Het gezin kan invloed hebben wanneer er bijvoorbeeld weinig over emoties gepraat wordt of als er veel ruzies leven. De maatschappij kan als voorbeschikkende factor invloed hebben doordat vrouwen meer bestookt worden met zogenaamde ideale maten. Daarnaast komen ook tegenstrijdige verwachtingen naar boven, zoals sterk zijn (in de buitenwereld) tegenover zorgzaamheid (in het huisgezin).

Uitlokkende factoren doen zich voor bij bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare of bij opmerkingen over het uiterlijk. Voor wie al kwetsbaar is, kunnen zulke gebeurtenissen er net te veel aan zijn en verhogen zij het risico van een eetstoornis.

In stand houdende factoren zijn omstandigheden waardoor de betrokkene aan de eetstoornis blijft lijden. Zo brengt een eetstoornis tal van fysische processen op gang, met emotionele en cognitieve problemen tot gevolg, die de eetstoornis nog versterken. Soms gaat een patiënt over

tot compenserende maatregelen zoals vasten of overdag sporten, waardoor het hongergevoel vaak te sterk op de proef wordt gesteld, met nadien een verhoogde kans op eetbuien.

2. Eetstoornissen kunnen ook ingedeeld worden naargelang het **niveau waarop beïnvloedende factoren meespelen**.

Op microniveau gaat het om factoren die binnen de persoon spelen, met name lichamelijke, psychologische en/of persoonlijkheidselementen. Lichamelijke factoren kunnen zich voordoen op hormonaal vlak. Het huishoudingsstelsel van het lichaam wordt uit balans gebracht. Een menstruatie kan ook langer uitblijven. In welke mate genetische voorbeschiktheid een invloed heeft, is uit onderzoek momenteel nog altijd niet helemaal duidelijk. Psychische gevolgen van een eetstoornis zijn bijvoorbeeld meer rigide denken of depressieve neigingen. Ook hebben patiënten vaker de neiging tot dwangneuroses, zoals het vasthouden aan een al te sterke dagstructuur of aan vaste voedingsmiddelen. Persoonlijkheidsfactoren zijn mogelijk een lagere zelfwaardering, onvrede met het eigen uiterlijk of traumatische belevenissen in het verleden.

Op mesoniveau gaat het om de interactie tussen mensen. Het gaat dan vooral om de druk die een betrokkene voelt in communicatie met medemensen. Mogelijk ook kan een patiënt moeilijker omgaan met ruzies of het opkomen voor een eigen mening.

Op macroniveau gaat het om maatschappelijke of culturele factoren. In de Westerse samenleving gaat het vaak om een slankheidsideaal versus overconsumptie.

Vanuit de anonieme overeters wordt de directe aanleiding van een overdadige eetbui of een voedselweigering toegeschreven aan een hongergevoel, aan boosheid, aan een gevoel van eenzaamheid of aan vermoeidheid.

Samengevat, een eetstoornis komt vaker voor bij patiënten met verhoogd risico van kwetsbaarheid of bovengemiddeld weerbaarheidsgebrek. De stressbestendigheid bij deze mensen is kleiner, waardoor omstandigheden van binnenaf (interpretaties en eigengevoel) of buitenuit (omgevingsfactoren) sneller subjectief als belastend worden ervaren.

Voor veel patiënten bestaat een behandeling dan ook uit een combinatie van herstel van het voedingspatroon met cognitieve gedragstherapie en psychologische ondersteuning voor de verwerking van eventueel slecht verwerkte levenservaringen.

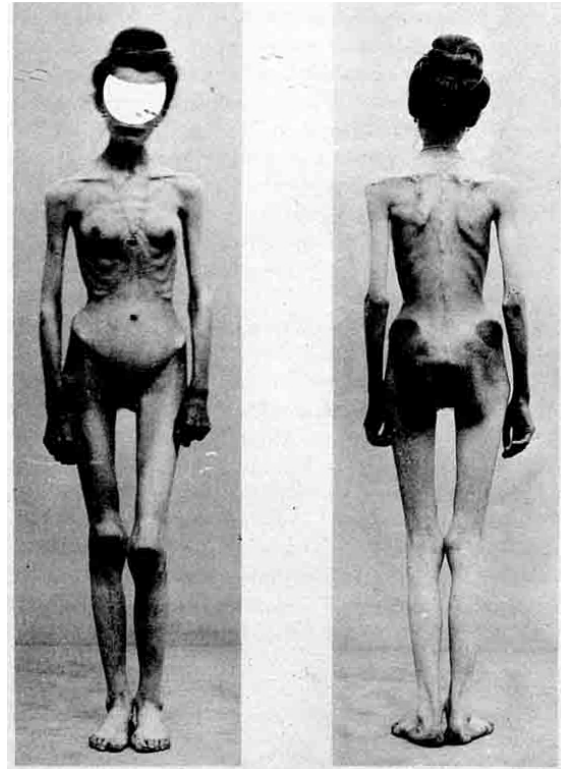
13.1.2 Zie ook

- Eetbui

13.1.3 Externe links

- Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland
- Vereniging Eetstoornis Net
- Vlaamse vereniging voor mensen met een eetstoornis

13.2 Anorexia nervosa



Ernstige anorexia nervosa rond 1900

Anorexia nervosa is een eetstoornis, waarbij iemand een vervormd beeld van het eigen lichaam heeft, een grote angst heeft om dik te worden en niet probeert een normaal lichaamsgewicht na te streven. De stoornis kan ernstige lichamelijke gevolgen hebben en zelfs tot de dood leiden. De naam is afgeleid van de Griekse woorden voor “niet” of “geen” (*αν(τι)*; an(ti)) en “eetlust” (*ορεχια*; orexia) het betekent dus “geen eetlust”, “nervosa” slaat op de vermeende neurotische achtergrond. We onderscheiden twee types: het beperkende type, waarbij de nadruk ligt op het streng onder controle houden van het gewicht door weinig te eten (vaak in combinatie met overmatig lichamelijke activiteiten), en het purgerende type, ook wel bekend als het gemengde type. Bij deze laatste vorm wordt niet alleen beperkt in voedselinname, maar wordt ook gebraakt of gelaxeerd om het gegeten voedsel weer kwijt te raken. Dit kan worden voorafgegaan door eetbuien, maar dat hoeft niet. Mensen met anorexia hebben een veel te laag gewicht voor hun leeftijd en lengte.

13.2.1 Geschiedenis

Het ziektebeeld is onder de naam "*Apepsia hysterica*" voor het eerst beschreven door de Engelsman William Gull in 1868. Later veranderde hij de benaming in "*Anorexia hysterica*" en in 1873 uiteindelijk in "*Anorexia nervosa*".

13.2.2 Risicogroep

De ziekte komt voor onder zeven promille van de bevolking. Ze treft vooral meisjes en vrouwen (85%–95% van de gevallen), maar ze kan ook voorkomen bij jongens en mannen (5%–15% van de gevallen).

13.2.3 Ziektebeeld

De ziekte wordt gekenmerkt door een **stoornis van de lichaamsbeleving**. Patiënten hebben het idee dik te zijn, terwijl hun gewicht vergelijkbaar is met leeftijdgenoten of – meestal – daaronder ligt. Ze ontlenen zelfbewustzijn aan hun vermogen om het eigen gewicht te controleren en houden zich dwangmatig bezig met het zelfbeeld, het gewicht en hun voedingspatroon. Soms gaat de ziekte gepaard met **boulimie**, perioden van overmatig eten, gevolgd door zelf opgewekt braken, het gebruik van laxantia en klyisma's en/of overmatige lichaamsbeweging.

Door onvoldoende voeding kan het lichaam zo verwaarloosd worden dat er een levensbedreigende situatie ontstaat. Vaak belanden anorexiapatiënten in het ziekenhuis vanwege velerlei lichamelijke klachten en **ondergewicht**. Soms overlijden ze aan de aandoening.

Lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa

De ernstige **ondervoeding** leidt tot een breed spectrum van verdere problemen, zoals:

- Moehaid
- Vertraagde bloedsomloop; koude handen en voeten
- Vertraagde maagleging, irritatie van de darm
- **Constipatie**
- Hormonale veranderingen, zoals menstruatiestoornissen
- Amenorroe
- Nierstenen
- **Osteoporose**
- Verkleining van het slagvolume van het hart
- Langzame en onregelmatige hartslag

- **Hartfalen**, soms als gevolg van het **hervoedingssyndroom**
- Dood in ca. 15% van de gevallen
- Misselijkheid
- Flauwvallen
- Uitdroging van de huid en haaruitval

Signalen van anorexia nervosa

- maaltijden overslaan, vaak 'geen trek' hebben
- stiekem weggooid van eten
- stiekem gebruik of bewaren van laxeermiddelen, plas- of dieetpillen
- niet willen eten waar anderen bij zijn, of het eetgedrag juist aan anderen aanpassen
- verpakkingen lezen en letten op calorieën, extreem kieskeurig met eten zijn
- zichzelf lelijk en dik voelen
- afkeer uiten van 'dik' zijn
- sterke stemmingswisselingen, prikkelbaarheid
- enorme onzekerheid
- duizeligheid, flauwte, menstruatieproblemen
- een body-mass index van <17

13.2.4 Behandeling

Er zijn in Nederland diverse behandelcentra voor eetstoornissen. De behandeling van de ziekte is niet eenvoudig en gewoonlijk langdurig. Verschillende vormen van **psychotherapie** (individueel, in groepsverband, of met familie) en psychiatrische behandeling kunnen worden ingezet. Bij ernstige ondervoeding wordt soms gekozen voor **dwangvoeding**. Dit kan echter pas als een patiënt dusdanig ondervoed is, dat het levensbedreigend wordt.

Naast psychotherapie kan ook gebruik worden gemaakt van medicatie. Dit is echter altijd ter ondersteuning en niet ter genezing. Als bijvoorbeeld somberheid een rol speelt, kunnen **antidepressiva** voorgeschreven worden. Dit zorgt voor een stijging van het serotoninegehalte in de hersenen, waardoor de stemming kan verbeteren.

13.2.5 Hypothesen

In de loop van de jaren is een groot aantal hypothesen opgesteld over het ontstaan van Anorexia Nervosa. Een er van is dat in de puberteit in bepaalde gevallen door een tegenstelling van reeds aanwezige lichamelijke *volwassenheid* met geestelijke onvolwassenheid een innerlijk conflict zou ontstaan dat tot een ernstige *identiteitscrisis* leidt. Een andere hypothese is dat meisjes niet volwassen willen worden en door niet te eten ervoor willen zorgen dat hun lichaam niet volwassen wordt (geen borsten en uitblijven menstruatie). Een andere hypothese is dat anorexia nervosa een aangeboren hersenziekte is. Hersendeskundige *Dick Swaab* stelt dat de opvatting dat jonge mensen anorexia ontwikkelen door de invloed van media en het zien van magere modellen een mythe is. Het ontstaan van anorexia zou volgens hem niet voortkomen uit een externe prikkel, maar vanuit een ziekteproces in de hersenen waarmee iemand geboren wordt. Genetische factoren zijn duidelijk aanwezig en ook geboortecomplicaties zouden aanwijzingen zijn voor een aangeboren kwetsbaarheid op het gebied van eetgedrag en de ontwikkeling van een eetstoornis.^[1] Zoals de meeste hypothesen over de oorzaken van psychiatrische aandoeningen, is ook deze visie omstreden.

Boeken over anorexia nervosa

- *Niet meer dan lucht* jeugdboek van *Veerle Vrindts*
- *Magere jaren* (2006) van *Natascha van Weezel* wordt een 'anorexia-dagboek' bijgehouden, dat de lezer doet begrijpen hoe een obsessie met eten kan ontstaan.
- In het boek *Stuk* (2008) van *Judith Visser* wordt beschreven hoe een onzeker meisje in de puberteit controle over haar leven probeert te krijgen en anorexia ontwikkelt. Ook wordt hier uitgebreid ingegaan op het verschijnsel *pro-ana*.
- De biografie "Het kleine meisje dat niet dik wilde worden" van het aan anorexia overleden model *Isabelle Caro*.
- In het boek *Stille Strijd* van *Jessica Antonis* wordt verteld hoe een meisje het gewicht van haar beste vriendin wil nastreven.
- Het boek *Het meisje in mijn hoofd* van *Sofie van Gelder* gaat over *Nette*, die erg wordt gepest en dan ontdekt hoe makkelijk het is om af te vallen. Op deze manier kan ze de controle over haar leven behouden, denkt ze.
- Het boek *Mijn allerliefste vijand* van *Milou van der Horst*. *Milou* beschrijft anorexia nervosa uit eigen ervaring.
- Het jeugdboek *De hemel is geen huis* van *Gerda Van Erkel* gaat over een meisje van 15 jaar met problemen thuis dat last heeft van anorexia nervosa.
- Het boek *Ana* van *Ginny Mooy* gaat over een meisje wier leven overhoop wordt gehaald door de scheiding van haar ouders. Haar vader zet haar aan tot afvallen en zo komt ze terecht op pro-ana sites.
- Het boek *Dik in mijn hoofd* van *Victoria Farkas* gaat over een meisje dat onzeker is over zichzelf en wil afvallen. Ze komt terecht op een pro-ana site, en zo krijgt ze anorexia nervosa.
- Het boek *De Ana-files* van *Rianne Meijer* is een autobiografisch boek over hoe zij vocht tegen de ziekte die haar leven 15 jaar lang beheerste. Het verscheen eerst -in andere vorm- als feuilleton op opiniewebsite *DeJaap* onder de naam "Anna".
- Het boek "Jongste zegt nee" verhaalt over een veertienjarige jongen die stopt met eten. Zijn moeder heeft een alternatieve visie op de situatie, die zij tegen de stroom in volgt.
- In het boek *Strijd. Robin vs Anorexia* (2014) beschrijft *Robin Tolenaar* (1995) haar eigen ervaring met deze ziekte. Haar beschrijving, samen met de e-mails van haar moeder aan familie, school en vrienden die eraan zijn toegevoegd geeft het boek een zeldzame, persoonlijke kijk op de strijd die een meisje en haar moeder voerden om de ziekte te verslaan.
- "Friet in de Kliniek" (2014) van *Marit Brugman*, waarin ze de periode uit haar leven beschrijft waarin zij worstelde met een eetstoornis.

13.2.6 Pro-ana

Pro-ana is de naam voor een beweging van mensen die lijden onder een eetstoornis. Pro-ana is afkomstig van het Engelse "Professional Anorectic". Dit waren de eerste pro-ana-sites. Sites met tips voor modellen en acteurs, en mensen wier carrière baat had bij een anorectisch uiterlijk. Dit kwam uit de tijd van de heroinechic-look rond 1990. Later toen pro-ana bekend werd, ontstond er ook een nieuwe beweging voor boulimiepatiënten onder de naam pro-mia.

De pro-ana-beweging bestaat uit meerdere stromingen. De meest strikte aanhangers zitten in een fase waarin ze (nog) niet geloven dat ze een ziekte hebben. Zij stellen dat ze gedrag passend bij een eetstoornis uit vrije wil doen, als onderdeel van een levensstijl. Deze mensen zien daarom anorexia nervosa niet als een stoornis. Hiermee wordt stelling genomen tegen de medische wetenschap die anorexia als een potentieel dodelijke psychische aandoening beschouwt. Een dergelijke visie wordt ook wel hardcore Pro-ana genoemd. Pro-ana-websites fungeren vaak als

platform om -al dan niet gezonde- steun te krijgen en lotgenoten te ontmoeten.

13.2.7 Zie ook

- Anorexia athletica
- Orthorexia nervosa
- Proud2Bme

13.2.8 Externe links

- Stichting Anorexia Boulimia Nervosa
- Vereniging Anorexia Nervosa - Boulimia Nervosa

13.3 Boulimie

Boulimia nervosa, ook bekend als **boulimie** is een psychiatrische ziekte waarin een persoon terugkerende eetbuien heeft gevolgd door een of meer van de volgende, opzettelijke handelingen die de opname van het voedsel compenseren en gewichtstoename verhinderen:

- braken
- ongepast gebruik van laxeremiddelen of andere medicijnen
- bovenmatige lichamelijke oefening
- vasten

De aandoening werd voor het eerst beschreven door de Britse psychiater Gerald Russell.

13.3.1 Kenmerken

Een persoon heeft boulimia wanneer hij of zij zich onbekwaam voelt om de drang tot eten, zelfs tijdens het eten zelf, te controleren, wanneer hij of zij een grotere hoeveelheid voedsel verbruikt dan een normaal persoon, en wanneer dergelijk gedrag minstens tweemaal per week gedurende drie maanden voorkomt.

De meerderheid van *boulimia-patiënten* zijn jonge vrouwen van 10 tot 30 jaar oud, hoewel de stoornis bij mensen van alle leeftijden en beide geslachten kan voorkomen.

Bij boulimia is er sprake van onderliggende psychische problemen, vaak heeft de patiënt een gevoel van controlevlies. De episoden van eten/purgen kunnen extreem zijn, soms gepaard gaand met snel en onbeheerst eten. De lijdens stoppen soms pas als ze door een andere persoon worden onderbroken of wanneer hun maag het niet meer aankan. Deze cyclus kan meerdere keren per week of,

in ernstige gevallen, meerdere keren per dag worden herhaald. De lijdens zien het “vernietigende” eetpatroon vaak als manier om controle over hun leven te bereiken.

Sommige personen die lijden aan anorexia kunnen boulimisch gedrag vertonen: op bepaalde ogenblikken veel eten en purgen van voedsel op een regelmatige of zeldzame basis tijdens hun ziekte. Alternatief kunnen individuen met boulimia anorectische perioden hebben. Vaak is er daarom sprake van de diagnose Eetstoornis N.A.O. (Niet Anderszins Omschreven).

13.3.2 Oorzaken

Biologisch

Net zoals bij anorexia nervosa zijn er aanwijzingen voor een genetische predispositie.^[1] Abnormale hormoonhuishouding, vooral serotonine, zou verantwoordelijk kunnen zijn voor verstoord eetgedrag. Ook *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) wordt onderzocht als mogelijk mechanisme.^{[2][3]}

Sociaal

Moderne reclame met dunne modellen wordt veelal gezien als een van de oorzaken van de aandoening. Fairburn et al. beschrijven in hun cognitieve gedragsmodel hoe extreme bezorgdheid over het eigen gewicht en uiterlijk, gecombineerd met een laag zelfvertrouwen kan leiden tot een rigide, strikt en onbuigbaar eetpatroon. Dit kan leiden tot een onrealistisch eetsituatie, wat aanleiding is voor een minimaal breken van de eigen eetregels. Zwartwitdenken leidt vervolgens tot *binge*-eten, massaal eten. Dit *binge*-eten leidt tot een gevoel van verlies van controle wat aanleiding is tot braakgedrag als maatregel tegen het *binge*-eten. Deze cyclus herhaalt zichzelf vervolgens.^{[4][5]} Papies laat zien dat het effect van het dunne ideaal verschilt tussen mensen. De soort associatie die de persoon heeft met ofwel een dun ofwel een persoon met een normaal gewicht bepaalt welke invloed reclame met dunne modellen heeft op de persoon. Mensen die zichzelf associëren met dunne modellen voelen zich juist beter nadat ze dunne modellen hebben gezien. Het blijkt dat deze zelfassociatie aangeleerd kan worden.^[6]

13.3.3 Mogelijke gevolgen van boulimia nervosa

- Afhankelijkheid van laxeremiddelen
- Andere dwanghandelingen
- Concentratiestoornissen
- Dood
- Hartritmestoornissen

- Irritatie en scheuren in de keel, de slokdarm en de maag (door het geforceerde braken)
- Elektrolytenonbalans door frequent braken en/of laxeren. Door uitdroging ontstaat een gebrek aan kalium wat kan leiden tot hartritme stoornissen of hartfalen.
- Gebitsproblemen
- Hormonale veranderingen die o.a. kunnen leiden tot menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid
- Moeheid, malaise
- Oedeem in gezicht, bijvoorbeeld opgezwollen ogen
- Opgezette klieren

Mortaliteitsrisico

Eetziekten hebben een van de hoogste sterftecijfers van alle geestesziekten. De *National Eating Disorders Association* (Groot-Brittannië) schat een 10% mortaliteitsgraad voor boulimie en een 18% mortaliteitsgraad voor anorexia nervosa. Dit hangt natuurlijk sterk af van hoe streng men de criteria voor de aandoeningen aanlegt. Een klein deel van de mortaliteit is een gevolg van de lichamelijke bijverschijnselen, een deel echter ook van suïcide. Een mogelijk - maar niet met zekerheid vastgesteld - slachtoffer van boulimie was mogelijk Terri Schiavo.

13.3.4 Zie ook

- Eetstoornis
- Eetbuienstoornis
- Eetverslaving
- Eetbui

13.3.5 Externe link

- *Boulimia nervosa*, Trimbos-instituut.

13.3.6 Referenties

1. www.behavenet.com
2. www.psych.org
3. www.bbc.co.uk
4. www.eatingdisorderscentre.co.uk in het Internet Archive.
5. www.nationaleatingdisorders.org

[1] Hirst J., *Biological Causes of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, Serendip, 1998, Artikel op Serendip

- [2] Ribasés, M. et al. *Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations* Human Molecular Genetics, 13 (12), juni 2004, pag 1205–1212
- [3] Annual Review of Eating Disorders – part 2, 2008, pag 14–15, ISBN 978-1-84619-244-9,
- [4] Fairburn C.G., *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press. 1995. ISBN 0-89862-179-8
- [5] Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT, Wilson GT, Stice E (December 2004). "Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment". *The American Journal of Psychiatry* 161 (12): 2322–4
- [6] Papiés E.K., Nicolaije K.A., *Inspiration or deflation? Feeling similar or dissimilar to slim and plus-size models affects self-evaluation of restrained eaters*. *Body Image*, 9(1), jan 2012, page 76-85. Artikel op Pubmed

13.4 Eetbui stoornis

De **eetbui stoornis** (EBS; Engels: *binge eating disorder*, *BED*) is een psychische aandoening die behoort tot de eetstoornissen.

Net als bij *boulimia nervosa* hebben personen die lijden aan deze stoornis perioden waarin ze grote hoeveelheden voedsel tot zich nemen (eetbui), maar in tegenstelling tot *boulimia* ontbreekt de drang om gewichtstoename te compenseren. Als gevolg hiervan ontstaat meestal overgewicht. De schaamte hierover kan vervolgens leiden tot meer psychische problemen en meer eetbuien. Een bijkomend probleem is dat de persoon vaak kiest voor ongezond voedsel.

Over de oorzaak bestaat nog veel discussie: een groot deel van de patiënten heeft met depressieve verschijnselen te kampen, maar mogelijk zijn er andere oorzaken. Personen geven zelf vaak woede, verdriet of verveling aan als reden voor hun eetgedrag. Sommigen beschouwen de aandoening als een gevolg van overmatig impulsief gedrag.

Vooralsnog wordt de aandoening in het DSM-IV gezien als een niet nader omschreven eetstoornis, maar mogelijk wordt de aandoening in de nieuwe versie van het handboek aangemerkt als een zelfstandige aandoening.^[1]

13.4.1 Zie ook

- Eetstoornis
- Boulimie
- Eetverslaving
- Eetbui

13.5 Orthorexia nervosa

Orthorexia nervosa (*orthos* = recht of juist, *orexis* = (eet)lust en *nervosa* = van psychische aard) is een eetstoornis waarbij iemand lijdt aan een preoccupatie of zelfs obsessie heeft voor gezond eten.^[1] Orthorexia nervosa is niet opgenomen in de DSM-5 als erkend ziektebeeld. Bij orthorexia is er sprake van een intensieve dwangmatigheid in het binden aan een bepaalde voedingswijze. Het denken en gedrag past zich er naar aan. Kenmerkend voor orthorexia is dat de kwaliteit van het eten gezien wordt als kwaliteit van het leven. Vaak mijdt de persoon bepaalde soorten voedsel. Hierdoor kan de persoon te weinig en onvoldoende gevarieerd eten. In sommige gevallen kan het obsessieve gedrag ook tot problemen in de sociale omgang leiden.

13.5.1 Etymologie

De aandoening is voor het eerst in 1997 beschreven door Steven Bratman, een Amerikaanse arts en expert op het gebied van alternatieve geneeswijzen. Het woord is afkomstig uit het Grieks: *orthos* betekent correct en *orexis* eetlust.

13.5.2 Oorzaken

Net als bij veel andere eetstoornissen wordt van orthorexia de oorzaak gezocht in de onderliggende emoties en gedachten. Orthorexia ontwikkelt zich vaak als een persoon zich niet goed voelt over zichzelf zonder strikte eetregels. Ze mijden voedsel waarvan ze denken dat het “slecht” is, vanuit een gevoel van onveiligheid of onwaardigheid als ze dat voedsel tot zich zouden nemen. Ook kan het zijn dat iemand met orthorexia zich overmatig overlaadt met nutriënten, omdat ze niet kunnen leven met de gedachte dat ze een tekort zouden hebben.^[2] Naast erfelijke aanleg, worden oorzaken gevonden in zowel psychische als omgevingsfactoren zoals: traumatische gebeurtenis(sen); faalangst en perfectionisme; angst om de controle over zichzelf te verliezen en; onrealistisch zelfbeeld. Vaak voelt men zich wel superieur door het gevolgde dieet, waardoor het lijkt alsof de persoon geen gebrek aan eigenwaarde heeft. Orthorexia nervosa komt vaker voor bij diëtisten en mensen die werken in de gezondheidszorg.^[3]

13.5.3 Externe link

- Website *Orthorexia* van Steven Bratman

13.5.4 Referenties

Hoofdstuk 14

slaapstoornissen

14.1 Slaapstoornis

Een **slaapstoornis** is een stoornis in de slaappatronen van een persoon of een dier. Sommige slaapstoornissen kunnen interfereren met geestelijke en emotionele functies, wegens hun interferentie met de **remslaap** of met de **non-remslaap**, met name de *slow-wave sleep*. Onderscheid wordt gemaakt tussen **agrypnie** (het niet kunnen slapen), **hypogrypnie** (het te weinig slapen), en **hypergrypnie** (het te veel slapen).

14.1.1 Slaapstoornissen

- **Bruxisme** oftewel tandenknarsen.
- **Delayed sleep phase syndrome (DSPS)** ook wel *uitgestelde slaapfasesyndroom* of *vertraagde slaapfasesyndroom*: een slaapstoornis van de biologische klok.
- **Insomnie** of slapeloosheid: Wie deze aandoening heeft, kan de slaap niet vatten en blijft 's nachts betrekkelijk lang wakker of slaapt te licht.
- **Jetlag**
- **Narcolepsie** is een neurologische afwijking die gekenmerkt wordt door onweerstaanbare perioden van slaap en slaapstoornissen in het algemeen.
- Het **slaapapneusyndroom** is een slaapstoornis waarbij de ademhaling onderbroken wordt tijdens de slaap
- **Slaapwandelen** is rondwandelen terwijl men slaapt en waarbij het lijkt alsof men wakker is. Het deelnemen aan activiteiten die normaal met het wakker zijn worden geassocieerd (zoals het eten of het kleden), die het lopen kan omvatten, zonder de bewuste kennis van het onderwerp
- **Slaapverlamming** is meestal een normale verlamming waarbij de spieren, behalve het hart- en oogspieren worden verlamd tijdens de slaap. Soms treedt deze echter op wanneer men nog wakker is, meestal vlak voor of na het in slaap vallen.
- **Nachtmerries**
- **Parasomnie** (Praten tijdens de slaap, *sleep talking* of somniloqui)
- **Snurken** is een geluid dat gedurende de slaap wordt voortgebracht door trillende zachte delen van de neusholte, mond en keel. Luide ademhalingspatronen gedurende het slapen, soms het begeleiden van slaapapneu
- **Hypersomnie**: overmatige slaperigheid overdag
- **Periodieke beenbewegingen (periodic limb movement disorder)**: regelmatig (om de 20 à 40 seconden) voet- of beenbewegingen tijdens de slaap
- **Rustelozebenenensyndroom**: veelal samengaand met vorige, bij het slapengaan en neerliggen de drang om de benen te moeten bewegen omwille van een onaangenaam gevoel, tintelingen, pijnlijke of branderige onderste ledematen.

Slaapziekte is een ziekte die veroorzaakt wordt door een parasiet die overgebracht wordt door de tsetsevlug. Slaapziekte kan in een sluimerende staat voorkomen zolang de ziekte zich nog niet in de hersens heeft gevestigd.

14.1.2 Reportageserie

De Britse televisiezender **BBC One** zond in 2007 een reportageserie uit genaamd de **Sleep Clinic**. Hierin werden verschillende soorten slaapstoornissen bij patiënten onder de loep genomen en - waar mogelijk - behandeld. **Nachtcamera's** in de **Sleep Clinic** (slaapkliniek) van het **Papworth Hospital** te **Cambridge** monitorde en bestudeerde het slaapedrag en gaven de kijker een glimp op deze aparte gebeurtenissen die de patiënten omtrent hun slaapstoornis bezighouden.

14.1.3 Oorzaken

Slaapstoornissen kunnen allerlei oorzaken hebben, zoals het gebruik van bepaalde geneesmiddelen of psychofarmaca, levensomstandigheden, stress of aanleg.

Ook zijn er aanwijzingen dat chronische slapeloosheid een gevolg kan zijn van een toestand van overactiviteit of arousal van de hersenen.^{[1][2]}

14.1.4 Externe links

- Website over slaapproblemen
- Epidemiologie slaapproblemen
- Special over slaapstoornissen

14.2 Slapeloosheid

Slapeloosheid (medisch: *insomnie*) is een slaapstoornis. Er worden drie vormen van insomnie onderscheiden: men valt moeilijk in slaap, men wordt tijdens de nacht vaak wakker of men wordt te vroeg wakker. Ook kunnen meerdere vormen tegelijk voorkomen.

Als slapeloosheid langer dan een paar nachten duurt, kan de aandoening chronisch worden en kan het slaaptekort een zeer nadelige uitwerking op het welzijn hebben. Slapeloosheid verstoort het natuurlijke slaapritme, dat moeilijk te herstellen is. Sommige mensen die aan slapeloosheid lijden, verergeren onbedoeld de situatie door overdag of vroeg op de avond kort te slapen, waardoor 's nachts de kwaal juist erger wordt. Sommigen proberen ondanks het gebrek aan slaap te blijven functioneren, wat ernstige lichamelijke en psychische problemen kan opleveren. Het kan voorkomen dat iemand die bang is aan slapeloosheid te lijden, in werkelijkheid alleen minder behoefte aan slaap heeft. Het is normaal om bij het ouder worden lichter te gaan slapen en in kortere perioden. Sommige ouderen liggen in bed te woelen, omdat hun lichaam niet meer slaap nodig heeft, terwijl ze wel gewend waren aan een bepaalde tijd slaap.

Insomnie komt relatief vaak voor door externe oorzaken als geluidshinder, lichthinder of als bijwerking van bepaalde medicijnen, maar kan ook worden veroorzaakt door stress, opwinding, lichamelijke of psychische aandoening, voedselallergie(ën), slechte slaapdiscipline of het kan het gevolg zijn van hersenletsel. Het is een belangrijk symptoom van een manie bij mensen met een bipolaire stoornis en kan ook een teken zijn van verhoogde schildklieractiviteit, depressie en andere stimulerende fysiologische prikkels. Ook kan er sprake zijn van genetische aanleg voor onder meer *fatale familiale insomnie* (prion).

14.2.1 Behandeling

Veel mensen vertrouwen op slaaptabletten en andere kalmerende middelen om tot rust te komen. Er worden veel benzodiazepines zoals Temazepam voorgeschreven bij slaapproblemen. Dit zijn middelen die anxiolytisch

(angstreducerend) en sedatief (kalmerend en slaapverwekkend) werken. Deze middelen werken al snel verslavend en het effect kan na enkele weken al minder worden omdat er tolerantie is ontstaan. Een andere oplossing is cognitieve-gedragstherapie voor insomnie.

Er zijn ook traditionele remedies tegen slapeloosheid. Een beker warme melk (met anijs) voordat je naar bed gaat, is daar één van. Warme melk bevat tryptofaan (een van de twintig natuurlijk voorkomende aminozuren), dat betrokken is bij de productie van serotonine, dat op zijn beurt onderdeel is van het hormoon melatonine. Dit hormoon regelt het slaap-waakritme.

Naar de hieronder opgesomde remedies zijn (meestal) geen wetenschappelijke onderzoeken gedaan en/of geen bewijzen gevonden, maar waarbij sommigen menen baat te hebben:

- Een warm bad of douche nemen in de avond;
- Een half uur energiek sporten in de middag (dit vermindert stress en zorgt voor een gezonde vermoeidheid);
- Een wandeling maken of tuinieren;
- Een saunabezoek of massage;
- Gebruik van kruidensupplementen zoals valeriaan, kamille, lavendel, hop en *Passiflora incarnata*;
- Aromatherapie: zou rustgevend werken, vooral met lavendel en andere etherische oliën;
- Een grote en uitgebreide lunch, met daaropvolgend een lichte avondmaaltijd (op zijn laatst 3 uur voor het slapengaan);
- Het vermijden van stimulerende activiteiten als tv kijken en computeren in de avonduren;
- Het afwisselend door elk neusgat ademen (afwisselend met de vingers dichtduwen) wanneer men al op bed ligt;
- Een ritueel voor het slapen gaan, bijvoorbeeld steeds meer lampen uitschakelen naarmate het later wordt, alvast een pyjama of andere nachtkleding aantrekken, tanden poetsen, enz. Op die manier bereidt iemand zich langzaam voor op het slapen gaan en lichaam en geest wennen hieraan.
- Een donkere, niet al te warme slaapkamer is ook erg belangrijk. Een nachtlampje of straatverlichting die de kamer binnendringt, kan de nachtrust verstoren. Bovendien trekt een nachtlampje, wanneer 's zomers het raam open staat, insecten aan;
- De slaapkamer dient in principe slechts voor nachtrust. Daarom dienen alle andere activiteiten wellicht met uitzondering van seks, ergens anders plaats te

vinden. Zo niet, dan kan de kamer aan deze activiteiten herinneren, waardoor men zich niet kan ontspannen.

- Het roken van cannabis. De *indica* kan een rustgevende werking hebben en de nadering naar de slaap bevorderen.

Traditionele Chinese geneeskunde houdt zich al duizenden jaren bezig met slapeloosheid. Een behandeling kan bestaan uit *acupunctuur*, *dieet*, *aromatherapie* en een *analyse* van de levensstijl, met het doel de oorzaak grondig aan te pakken. Er zijn echter geen wetenschappelijke bewijzen voor.

14.2.2 Tips voor het omgaan met slapeloosheid

Mensen met slapeloosheidsproblemen kunnen het beste *cafeïne* vermijden. Cafeïne speelt vaak een belangrijke rol bij slapeloosheid. Cafeïne wordt onder meer aange troffen in *koffie*, *thee*, *maté*, *guarana*, en de *kolanoot* (inclusief *cola*). In *cacao* zit *theobromine*, ook een stimulerend middel. Dergelijke stoffen zijn vaak ook te vinden in “energiedrankjes” (zoals *Red Bull*) en in *chocolade/energierepen*.

Benzodiazepinen die (in hoge dosering) niet voor slaapklaachten, maar voor angstklachten worden gebruikt, in combinatie met sterke pijnstillers (van *opium* afgeleide *analgetica*, zoals *tramadol*) kunnen leiden tot slapeloosheid en overdag weer tot vermoeidheid/slaperigheid. Dit kan hinderlijk zijn op momenten dat men zich juist moet concentreren zoals bijvoorbeeld op het werk. Een vicieuze cirkel kan ontstaan indien men van zowel de benzodiazepine als de sterke analgetica afhankelijk (verslaafd) is. Cafeïne, vooral in de avond genomen, kan de slapeloosheid versterken.

Wanneer het bed gebruikt wordt voor activiteiten als lezen, schrijven en TV kijken, is er een kans dat het bed niet meer geassocieerd wordt met slapen. Seksuele activiteit daarentegen kan de slaap bevorderen.

Sommige mensen kunnen slecht slapen omdat hun slaapkamer te licht is en anderen hebben meer last van geluid.

Mensen met slapeloosheid doen er goed aan niet na te denken over problemen, angsten en eventuele fobieën. Als er continu wordt nagedacht, kan de geest niet volledig tot rust komen. Een oplossing hiervoor is om problemen, zorgen en plannen voor de volgende dag ergens op te schrijven, zodat ze niet vergeten worden maar er wel met een gerust hart aan een goede nachtrust begonnen kan worden.

Kalme en rustgevende muziek helpt ook omdat het de persoon iets neutraals geeft om op te focussen. Er kan ook geprobeerd worden te *mediteren* door te concentreren op de muziek en ademhaling. Ontspannende technieken zoals meditatie hebben bewezen dat ze kunnen helpen bij

slaapproblemen. Ze brengen de gestreste geest en lichaam tot rust en dat schept een mogelijkheid voor een diepere en rustgevende slaap.

Er wordt goed aan gedaan om een vast slaappatroon te ontwikkelen door elke avond op dezelfde tijd naar bed te gaan om vervolgens ook op een vaste tijd op te staan. Als een *wekker* wordt gezet, dient te worden vermeden dat continu naar het schermpje kan worden gekeken.

Het slapen overdag zou in principe moeten worden vermeden.

14.3 Narcolepsie

Narcolepsie is een *neurologische* afwijking die gekenmerkt wordt door onweerstaanbare perioden van slaap en *slaapstoornissen* in het algemeen. De huidige opvatting is dat het een *auto-immuunziekte* is die het *hypocretinerge* systeem selectief afbreekt.^[1]

14.3.1 De symptomen van narcolepsie

Het bekendste kenmerk van narcolepsie is een overmatige behoefte gedurende de dag te slapen, zelfs na voldoende nachtrust. Men heeft van een narcolepsiepatiënt dan ook vaak de indruk dat deze persoon te allen tijde zomaar in slaap kan vallen. In werkelijkheid is de stoornis complexer en verschillen de verschillende symptomen in frequentie en sterkte per patiënt.

Iemand die aan narcolepsie lijdt, valt gemakkelijk in slaap en heeft last van onbedwingbare slaapaanvallen. Dit kan gebeuren op ongepaste tijden en plaatsen. De slaapaanvallen kunnen gedurende de dag met of zonder waarschuwing voorkomen en kunnen onweerstaanbaar zijn. Deze aanvallen kunnen verschillende keren per dag voorkomen. De slaperigheid kan lange tijd aanhouden. Bovendien is de nachtrust vaak versnipperd doordat de persoon vaak wakker wordt. Kortom, mensen met narcolepsie zijn overdag wel wakker, maar kunnen niet wakker blijven, en 's nachts vallen ze wel in slaap, maar ze kunnen niet in slaap blijven. Drie andere klassieke symptomen van narcolepsie, die echter niet bij alle patiënten voorkomen, zijn:

- *Kataplexie*: tijdelijk plotseling verlies van de spierfuncties. Dit kan variëren van een lichte zwakte (zoals slaphed bij hals of knieën, verstreken gezichtsspieren of onvermogen duidelijk te praten) tot volledige spierverslapping waarbij iemand valt. De aanvallen worden uitgelokt door plotselinge emoties (zoals uitbundig lachen, schrik, of boosheid). Deze spierverslappingen duren meestal enige seconden tot 2 minuten. In heel zeldzame gevallen kunnen ze langer duren, maar meestal gaat het dan om verschillende aanvallen achter elkaar. Belangrijk hierbij is dat de persoon volledig bij bewustzijn blijft.

- Hypnagoge hallucinaties: zeer levendige en vaak beangstigende droomachtige gewaarwordingen die voorkomen tijdens het in slaap vallen. (Hypnopompe hallucinaties, idem maar dan bij het ontwaken).
- Slaapverlamming: een tijdelijk onvermogen te kunnen bewegen bij het in slaap vallen of ontwaken. Dit kan een paar seconden tot enkele minuten duren. Vaak is dit gekoppeld aan de hypnagoge hallucinaties.
- Narcoleptici worden plotseling wakker en zijn dan erg gedesoriënteerd;
- De dromen zijn erg levendig en worden vaak herinnerd;
- Zelfs na enkele seconden slaap kunnen al dromen voorkomen.

Mensen zonder narcolepsie kunnen ook overmatige slaaperigheid overdag, slaapverlamming en hypnagogische hallucinaties hebben. Kataplexie komt eigenlijk alleen maar voor bij narcolepsie.

In de meeste gevallen is het eerste symptoom van narcolepsie dat optreedt een bovenmatige en overweldigende drang overdag te slapen. Na maanden of jaren kunnen de overige symptomen mogelijk tegelijkertijd optreden. De ontwikkeling van narcolepsie kan per persoon verschillen in ernst en volgorde van de symptomen. Ongeveer 20 tot 25 procent van de mensen met narcolepsie heeft alle vier de symptomen. De drang overdag te gaan slapen blijft over het algemeen voor de rest van het leven. Dit geldt over het algemeen niet voor de overige symptomen.

De symptomen van narcolepsie, vooral overdag slapen en kataplexie, worden vaak zo erg dat ze ernstige verstoringen veroorzaken in zowel het sociale als het professionele leven van de persoon met narcolepsie.

14.3.2 Neurologische verklaring

Wanneer iemand wakker is, vertonen de hersengolven een bepaald ritme. Wanneer een persoon in slaap valt, worden de hersengolven langzamer; dit stadium in de slaap heet de **non-rapid eye movement (NREM)**-slaap. Na ongeveer een half uur geven de hersengolven een actiever patroon hoewel de persoon in een diepe slaap is. In dit stadium dromen mensen. Het wordt gekenmerkt door snelle oogbewegingen (rapid eye movement of REM).

Bij narcolepsie zijn de volgorde en de lengte van de NREM en de REM-stadia gestoord. De REM-slaap treedt niet zoals gebruikelijk op na het NREM-stadium. Narcolepsie is dus een ziekte waarbij de REM-slaap op abnormale tijdstippen voorkomt. Sommige aspecten van de REM-slaap, zoals spierverslapping, slaapverlamming en levendige dromen, komen bij mensen die aan narcolepsie lijden op andere tijdstippen voor. Tijdens een aanval van kataplexie komt bijvoorbeeld spierverslapping voor. Tijdens het ontwaken of het in slaap vallen kunnen slaapverlamming en levendige dromen voorkomen.

Dat de hersenen niet de normale stadia van het sluimeren en de diepe slaap volgen, heeft een aantal consequenties:

- Narcoleptici vallen snel in wat een diepe slaap lijkt;

14.3.3 Oorzaken van narcolepsie

Narcolepsie wordt in verband gebracht met een beschadiging aan de hypothalamus. Hierdoor wordt er minder van het eiwit hypocretine of **orexine** gemaakt. Bij een grote groep, zo niet bij alle, mensen met narcolepsie is dit verminderd of niet meer aanwezig. De cellen in het eigen lichaam vallen de hypocretinecellen aan want ze zien deze als een vijandelijk binnentredend celmateriaal. Het staat inmiddels vrijwel vast dat een gen-variant hieraan ten grondslag ligt.^[2]

Narcolepsie kan ook worden veroorzaakt door een verwonding of tumor en wordt dan aangemerkt als secundaire narcolepsie. Deze vorm van narcolepsie is veel zeldzamer.

In Zweden en Finland is narcolepsie bij kinderen aangetoond als bijwerking van het vaccin **Pandemrix**. Dit middel werd gebruikt bij de Mexicaanse griepvloed in 2009.^[3] Ook kinderen uit **Verenigd Koninkrijk, Ierland, Spanje en Italië** kregen de aandoening enige tijd na de insluiting.^[4] In 2011 waarschuwt EMA voor een toename van narcolepsie na vaccinatie met het **Pandemrix** vaccin.^{[5],[6]} In Nederland is narcolepsie gerapporteerd bij 20 kinderen, waarvan 19 peuters, na inenting tegen de Mexicaanse griep.^[7] In eerste instantie sprak het Bijwerkingen Centrum Lareb van slechts acht kinderen met narcolepsie, waarvan bij slechts vier van deze kinderen narcolepsie een gevolg kan zijn van de inenting. Bij vier andere kinderen waren de symptomen van narcolepsie reeds aanwezig voorafgaand aan de inenting. Ook was in Nederland eerder nog geen epidemiologisch verband gevonden tussen vaccinatie en een toename in narcolepsie.^[8]

14.3.4 Diagnose

De diagnose is eenvoudig wanneer alle symptomen van narcolepsie aanwezig zijn. Het wordt echter moeilijker wanneer slaapaanvallen niet vaak voorkomen en de kataplexie niet of nauwelijks aanwezig is.

Voor het vaststellen van narcolepsie zijn er verschillende testen, de polysomnografie en de multiple sleep latency test (MSLT). Deze worden door een slaapspecialist in een slaaplaboratorium uitgevoerd. Bij de polysomnografie worden de hersenactiviteit en een aantal zenuwen en spierfuncties continu gemeten gedurende de nachtrust. Met deze test kunnen ook andere slaapstoornissen ontdekt worden.

Bij de tweede test (MSLT) geeft men tijdens de dag de patiënt de gelegenheid om de twee uur te slapen gedurende 20 minuten. Hierbij wordt de inslaaptijd gemeten en de REM-latentietijd (tijd tussen inslapen en eerste REM-fase). De slaaptechnicus gaat eveneens na of er zogenaamde SOREM's (Sleep Onset REM's: het onmiddellijk overgaan van waaktoestand naar REM-Slaap) optreden. Indien er twee of meer SOREM's optreden tijdens 5 MSLT testen, kan dat een aanwijzing zijn voor narcolepsie.

Het bepalen van de hoeveelheid hypocretine wordt gedaan middels een ruggenprik. Hiermee is met grote zekerheid vast te stellen of iemand narcolepsie heeft.

Begin 2010 ontdekten onderzoekers van de universiteit van Lausanne dat narcolepsie hoogstwaarschijnlijk een auto-immuunziekte is. Het lichaam reageert tegen het eigen eiwit Trib 2, dat vooral in zenuwcellen zit die het slapen en waken reguleren.^[9]

14.3.5 Behandeling

Er zijn mensen met narcolepsie die een strak slaapritme aanhouden en overdag op vaste tijden rusten. Voor hen kan dit voldoende zijn om gedurende de overige tijd wakker te blijven zonder onbedwingbare slaapaanvallen.

Veel patiënten gebruiken antidepressiva als medicatie. Een enkele keer wordt ook een stimulerend middel voorgeschreven. De resultaten zijn wisselend. Bijwerkingen kunnen zo ernstig zijn dat om die reden van gebruik moet worden afgezien.

Medicatie wordt met verschillende doelstelling voorgeschreven, het gaat nooit om genezing maar altijd om symptoombestrijding.

- Medicatie om de patiënt tijdens het waken op te pepen:

Ritalin® (Methylfenidaat) (in België: Rilatine)

Modiodal® (Modafinil of Provigil).

- Medicatie ter regulatie van REM-slaap en onderdrukking van kataplexie:

Xyrem® (Natriumoxybaat)(Hydroxyboterzuur) (GHB)

Antidepressiva zoals Anafranil® of Efexor® (Venlafaxine).

- Medicatie om de kwaliteit van de nachtrust van de patiënt te verbeteren:

Xyrem® (Natriumoxybaat) (GHB)

Neurontin.

De behandeling bestaat vaak uit een mix van bovengenoemde middelen, het resultaat is wisselend.

14.3.6 Externe links

- Alles Over Narcolepsie
- Narcolepsie Stichting
- Nederlandse Vereniging voor Narcolepsie

14.4 Slaapapneu

Slaapapneu (afkorting van **slaapapneusyndroom**) is een slaapstoornis waarbij tijdens de slaap perioden van ademstilstand of ernstig verzwakte ademhaling voorkomen.

14.4.1 Achtergrond

Iedereen heeft wel eens slaapapneu in zijn slaap. Men spreekt van een slaapapneusyndroom (SAS) bij meer dan 5 stilstanden per uur. Na een onderbreking in het ademen volgt een periode van min of meer normaal ademen waarna er weer perioden van ademstilstand komen. Deze perioden van ademstilstand kunnen relatief kort zijn en variëren van 15 tot 30 seconden. Perioden langer dan 30 seconden komen ook voor. Dan wordt onvoldoende zuurstof opgenomen en geen koolzuurgas uitgeademd. De hersenen geven het lichaam een signaal om wakker te worden. Na ontwaken, vaak met een schok, wordt de ademhaling weer hervat.

De ademstilstanden kunnen gedurende de slaap zeer vaak voorkomen. Het klachtenpatroon van de patiënt kan bestaan uit een zeer onrustige slaap, niet uitgerust wakker worden, overdag in slaap vallen op onverwachte momenten en extreme vermoeidheid. Mechanische ademhalingsondersteuning tijdens de slaap zorgt ervoor dat er geen ademstilstanden optreden. De diagnose wordt gesteld in een zogenaamd slaapcentrum. Het onderzoek dat daar wordt uitgevoerd noemt men polysomnografie. Hierbij worden tijdens de slaap diverse metingen uitgevoerd die met de ademhaling samenhangen.

14.4.2 Twee syndromen

Bij het *centrale-slaapapneusyndroom* (CSAS) wordt tijdens de slaap vanuit het ademhalingscentrum in de hersenen te weinig signaal doorgegeven naar de ademhalingsspieren, waardoor de ademhaling onderbroken wordt.

Bij het *obstructieve-slaapapneusyndroom* (OSAS) klappt de bovenste luchtweg dicht door wand of tong, waardoor een afsluiting (obstructie) ontstaat van de ademweg. Dit gebeurt als gevolg van het tonusverlies in de mond- en

keelspieren, en daardoor wordt de patiënt steeds wakker voor hij de diepe slaap, de *slow wave sleep* fase bereikt. Obstructieve slaapapneu verstoort op deze manier de slaap-opbouw en veroorzaakt slaapttekort. In de helft van de gevallen is de slaaphouding de boosdoener. In dat geval spreekt men van *positioneel obstructief slaapapneu* (POSA)^[1].

In de meeste gevallen is er sprake van een combinatie van beide syndromen.

14.4.3 Obstructief slaapapneusyndroom

De oorzaken van dit syndroom kunnen velerlei zijn en moeten worden gezocht bij het roken van tabak, erfelijke factoren, een korte onderkaak, afwijkingen in het keelneus- en oorgebied, longafwijkingen, een lage tonus van de mond- en keelspieren door bijvoorbeeld slaapmidde-
lengebruik of chronisch nierfalen.

De gevolgen van het obstructieve-slaapapneusyndroom kunnen zich uiten in hevig **snurken**, geregeld plotseling met een schok wakker worden, abnormale slaperigheid gedurende de dag, vermoeidheid, prikkelbaarheid, extreem transpireren gedurende de slaap, spierpijn door spierversuring en **hypertensie**. Het veroorzaakt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en een verhoogde insulinebehoefte.

14.4.4 Diagnostiek

Bij een slaaponderzoek worden verschillende metingen uitgevoerd:

- AHI, Apneu-Hypopneu Index, aantal ademstilstanden per uur (de meest bepalende meting)
- AI, Apneu Index
- DI, Desaturatie Index
- Cumulatieve nachtelijke hypoxieduur
- Gemiddelde en minimale zuurstofsaturatiewaarde

Nederland

De OSAS-richtlijn (2009) bepaalt de diagnose van apneu in Nederland.^[2]

Naast de AHI, wordt ook gekeken hoe ernstig de klachten zijn. Het aantal ademstilstanden per uur én de ernst van de slaperigheid overdag bepalen de ernst van OSAS: licht OSAS, matig OSAS of ernstig OSAS.

Slaperigheid (in slaap vallen in situaties waarbij aandacht vereist is):

- weinig aandacht (bijvoorbeeld tv kijken): licht OSAS

- nodige aandacht (bijvoorbeeld vergaderen): matig OSAS
- grote aandacht (bijvoorbeeld autorijden): ernstig OSAS

AHI (aantal ademstilstanden per uur):

- 5 tot 15: licht OSAS
- 15 tot 30: matig OSAS
- > 30: ernstig OSAS

De ernst van OSAS wordt bepaald door de klacht (slaperigheid overdag of aantal ademstilstanden per uur) die het ernstigst is.

België

In België wordt de mate van slaperigheid overdag bepaald door middel van de *Epworth sleepiness scale* test die een resultaat van 0 tot 24 oplevert. Eventueel wordt er nog een *multiple sleep latency* test afgenomen om vast te stellen hoe snel men overdag in een rustige omgeving in slaap valt. Een hoge mate van slaperigheid overdag kan wijzen op OSAS maar ook onder meer op **narcolepsie**. De exacte diagnose van het slaapapneusyndroom gebeurt na een volledig slaaponderzoek of polysomnografie. Uit de analyse van de resultaten van de vele parameters uit het slaaponderzoek kan de diagnose gesteld worden. In de keuze tussen de verschillende behandelingsopties worden alle mogelijke medische gevolgen en de klachten van de patiënt zelf overwogen.

Algemeen kan men op basis van de AHI de volgende gradaties van OSAS gebruiken:

- < 5: normale slaap
- 5 tot 15: licht OSAS, al dan niet symptomatisch
- 15 tot 30: matig ernstig OSAS
- > 30: ernstig OSAS

14.4.5 Actueel probleem

5% van de mannen heeft apneu (bij vrouwen zijn de aantallen iets lager); de meesten zijn zich dat echter niet bewust. Het probleem wordt door de meeste huisartsen slecht onderkend. Vaak komen mensen met vage klachten op het spreekuur, die worden afgedaan als burn-out verschijnselen. Rust geeft dan geen soelaas, maar verergert zelfs het probleem, door het sociale isolement waarin de patiënt terechtkomt.

14.4.6 Behandeling

Er bestaan diverse mogelijkheden voor behandeling.

Conservatieve maatregelen

Aanpassing van de leefwijze

- gewichtsvermindering
- geen alcohol voor het slapen gaan
- geen slaatabletje

Operatie

Soms is het mogelijk en/of noodzakelijk een operatie te laten verrichten die als doel heeft de luchtweg te verbeteren.

- Het verwijderen van neus-, keel- en/of tongamandelen;
- Verwijdering neustussenschot of een correctie ervan;
- Verwijdering huid;
- Kaakcorrectie;
- De HTP-procedure: het hyoid (tongbeen) wordt iets naar voren verplaatst;
- De hyoid-expansie procedure: hierbij wordt een titaniumprothese geplaatst tussen de twee helften van het tongbeen, om de keel tijdens het slapen wijder en beter open te houden. Deze techniek is in het UZ Antwerpen ontwikkeld;
- Andere operatietechnieken zoals UPPP (uvulopalato-pharyngo-plastiek), LAUP (laser assisted uvulo plasty) en somnoplastiek zijn ofwel pijnlijk of hebben een matig tot wisselend succes en zijn onomkeerbaar;
- Stimulatie van de bovenste luchtwegen: Onderzoekers testen een implanteerbare neurostimulator (te vergelijken met een pacemaker) die gedurende de nacht een lichte impuls afgeeft aan de tongzenuw (nervus hypoglossus), waardoor de tongbasis zich naar voren beweegt, resulterend in het openhouden van de bovenste luchtwegen.^[3] Deze therapie wordt onderzocht sinds de jaren 2000 in het UZ Antwerpen en Johns Hopkins University in de VS.^[4] Recente studies suggereren dat deze technologie de AHI kan verminderen bij patiënten die geen CPAP tolereren.^{[5][6][7]} Artsen in het UZ Antwerpen, St. Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam en andere ziekenhuizen in Europa, Australië en de VS tekenen patiënten in een internationale, klinische studie om de veiligheid en effectiviteit van de therapie te onderzoeken.^{[8][9][10][11][12]}

Beugel

Bij milde vormen van OSAS wordt tegenwoordig vaak voor 's nachts een beugel (mandibulair repositieapparaat of MRA) gebruikt, die ervoor zorgt dat de tong niet meer naar achteren kan zakken. Deze apparatuur lijkt veel op bepaalde uitneembare beugels (activatoren) die orthodontisten gebruiken. MRA's zijn in 1987 door de Almelose orthodontist H.J. R Emmelink in Nederland geïntroduceerd. Uitgebreid onderzoek de afgelopen tien jaar heeft aangetoond dat veel patiënten met OSAS goed met een MRA kunnen worden behandeld. Behandelingen met een MRA hebben relatief weinig nadelen en bijwerkingen. Er bestaan momenteel meer dan 80 verschillende typen MRA's. Dit middel is echter niet voor alle patiënten geschikt. De MRA-behandeling wordt in België in de meeste gevallen (deels) terugbetaald door het RIZIV.

Luchtdruk

Bij ernstig OSAS is positieve drukbeademing, Positive Airway Pressure (PAP), de eerste keuze. Drukbeademing is geen genezing van de slaapstoornis, maar een (levenslange) behandeling.

- CPAP, Continuous Positive Airway Pressure. Gedurende de slaap worden de luchtwegen opengehouden door een licht permanente positieve luchtdruk die door een pompje met een kapje op mond en/of neus in stand wordt gehouden. Een CPAP-apparaat wordt voorgeschreven door een (long)arts, nadat een slaaponderzoek is uitgevoerd in een ziekenhuis. CPAP-apparatuur wordt tegenwoordig vergoed door veel ziektekostenverzekeringen (Nederland) en het RIZIV (België, vanaf AHI=20 en AHI=30).
- BiPAP, Bilevel positive airway pressure, is een variant van de CPAP. Patiënten die een relatief hoge luchtdruk nodig hebben om in te ademen, kunnen moeite hebben met uitademen tegen dezelfde hoge druk in. In tegenstelling tot de continue druk die wordt afgegeven door een CPAP, geeft een BiPAP een verschillende luchtdruk voor in- en uitademen. Dit kan het uitademen vergemakkelijken.
- APAP, Auto-positive airway pressure of auto-PAP. Dit apparaat werkt net als de CPAP, maar afhankelijk van de mate van obstructie blaast het apparaat met een meer of minder hoge druk.

Positietherapie

- Tennisbal: een tennisbal of iets gelijkaardigs wordt in de rugzijde van de pyjama bevestigd om te beletten dat op de rug wordt geslapen. Deze techniek is niet comfortabel en kan rugproblemen veroorzaken

met weinig therapietrouw als gevolg. De tennisbaltherapie is dan ook verlaten als behandelmogelijkheid ^[1].

- Trilsensor: een klein apparaatje dat trilt bij rugslaap. Zodra de gebruiker met POSA op de rug gaat liggen, geeft het toestel een lichte trilling. Dat stimuleert de patiënt om een andere houding aan te nemen. De behandeling blijkt doeltreffend te zijn met een hoge therapietrouw. Een multidisciplinaire studie aan de Universiteit Antwerpen onderzocht de doeltreffendheid van de positietraining bij 20 patiënten met lichte OSAS die reeds een MRA beugel gebruikten. De combinatie van beide behandelmethoden gaf een klein statistisch relevant verschil ten opzichte van alleen het gebruik van de MRA beugel genoteerd. Het aantal apneus werd verlaagd naar 6 per uur slaap en rugslapen werd volledig tegengegaan. Deelnemers die zonder positietherapie gemiddeld nog 30% van de tijd op hun rug sliepen, deden dat helemaal niet meer met ^[13].

Er zijn twee modellen beschikbaar:

- *Night Shift* wordt aan de achterkant van de nek bevestigd, en begint te trillen als op de rug geslapen wordt. Het trillen neemt gaandeweg toe, tot de gebruiker zijn slaaphouding verandert ^[14].
- *Sleep Position Trainer* (SPT) wordt met een band om de borst gedragen tijdens de slaap. De sensoren meten de actieve slaaphouding van de patiënt. Het toestel werd in 2010 door Nightbalance, een spin-off van de TU Delft, in samenwerking met het Sint Lucas Ziekenhuis Amsterdam en het Medisch Spectrum Twente ontwikkeld ^[15]. Het Zorginstituut Nederland, het college van de zorgverzekeringen, heeft als standpunt ingenomen dat de *effectiviteit* van positietherapie en van SPT bij de behandeling van POSA niet is aangetoond, waardoor de SPT niet vergoed wordt in de basisverzekering in Nederland ^[16]. Vanaf 15 mei 2015 vergoedt zorgverzekeraar *Zilveren Kruis Achmea* de SPT in het basispakket ^[17].

Overige

- Tevens kan een grote overbeet ervoor zorgen dat de kaak te ver naar achter gaat staan en daardoor een blokkade vormt tijdens het ademen. Dit kan met diverse middelen verholpen worden door een tandarts.
- Middelen zoals *neuspleisters* of diverse *sprays* zijn in het algemeen weinig succesvol.

14.5 Slaapwandelen

Slaapwandelen (of somnambulisme) is rondwandelen terwijl men slaapt en waarbij het lijkt of men wakker is. Slaapwandelen wordt in de psychoanalyse geïnterpreteerd als een sluipweg van driften.

Het slaapwandelen geschiedt meestal in een halfbewuste toestand, waarin men zich wel bewust is van het eigen lichaam, maar de omgeving waarin men is, (gedeeltelijk) droomt, of via een droombewustzijn waarneemt. Meestal zijn de ogen van de slaapwandelaar tijdens zijn nachtelijke escapades gewoon open. Ook praten, zomaar of in reactie op anderen, is niet ongewoon, hoewel het gesprokene over het algemeen niet coherent is.

Dat men een slaapwandelaar niet zou mogen wekken is niet bewezen. Men moet echter voorzichtig zijn, omdat een slaapwandelaar gedesoriënteerd kan zijn, waarbij opvolgend handelen door een schrikeffect kan resulteren in zelfverwonding of verwonding van anderen.

Een bijzondere vorm is de *REM Sleep Behavioral Disorder* waarbij de normale spierslappening tijdens de remslaap uitblijft met als gevolg activiteiten tijdens de droomslaap. Deze stoornis komt voor bij de ziekte van Parkinson.

De activiteiten tijdens slaapwandelen zijn meestal onschuldig, zoals rechtop in bed zitten of door de kamer lopen, eten, schoonmaken, of masturberen (slaapseks). Soms kan een slaapwandelaar echter in zijn slaap overgaan tot activiteiten die gevaar kunnen opleveren zoals het huis verlaten, fietsen of autorijden. Slaapseks is onschuldig wanneer het bij masturbatie blijft of leidt tot seks met de partner, maar kan ook leiden tot aanranding en seks met minderjarigen. Zelfs mishandeling of moord zijn mogelijk.

14.5.1 Beeldwit

In Dordrecht en elders in het Nederlands taalgebied werd, althans aan het eind van de negentiende eeuw, een slaapwandelaar wel als een *beeldwit* aangeduid, een term die gewoonlijk slaat op personen met bijzondere vermogens of op mythische figuren, zie Beeldwit (mythisch wezen) en Beeldwit (bijgeloof).^{[1][2]}

14.6 Hypersomnie

Hypersomnie^[1] of **hypersomnia** is een slaapstoornis. De aandoening wordt gekenmerkt door overmatige slaperigheid overdag en kan een symptoom zijn van verschillende lichamelijke of psychische ziektebeelden. De slaperigheid komt voor in verschillende gradaties, van bijvoorbeeld vermoeidheid na een maaltijd tot onbedoeld wegdommelen in gezelschap. Door slaperigheid vertonen lijdens soms 'automatisch' gedrag, dat ze zich na afloop vaak niet kunnen herinneren. Ondanks de slaperigheid is

er in principe geen sprake van overmatige vermoeidheid en heeft een lijder voldoende energie voor zijn taken.

Sociaal kan hypersomnie een behoorlijk probleem vormen. Het komt voor dat de omgeving iemand als lui of ongemotiveerd ziet en in slaap vallen tijdens bijvoorbeeld een vergadering wordt niet als acceptabel gezien. Vaak proberen mensen met de aandoening dan ook te maskeren dat ze eraan lijden door bijvoorbeeld tussendoor op een rustige plaats even te slapen. Meestal hebben ze zelf geen erg positief beeld van hun prestaties op het werk.

Een ernstige vorm van hypersomnie wordt **narcolepsie** genoemd. Hierbij kan iemand zich niet meer verzetten tegen slaapaanvallen en valt plotseling in slaap. Doordat de spieren zich onmiddellijk ontspannen, komt het voor dat iemand plotseling ten val komt. Dit kan levensgevaarlijk zijn in omstandigheden waarbij doorlopende aandacht vereist is, bijvoorbeeld tijdens het autorijden.

14.6.1 Zie ook

- Syndroom van Kleine-Levin

14.7 Rustelozebenenensyndroom

Het **rustelozebenenensyndroom**^[1] (RBS), ook bekend onder de Engelse naam **restless legs syndrome**^[1] (RLS), is een ziektebeeld dat bestaat uit vervelende gevoelens in de benen, die vooral 's avonds optreden, net voor het slapengaan. Dit leidt tot de aandrang de benen te bewegen. Het rustelozebenenensyndroom komt voor bij ongeveer 10% van de personen met een blanke huidskleur en neemt meestal toe met de leeftijd, maar de aandoening kan ook maandenlang spontaan wegblijven.

14.7.1 Ziektebeeld

Er treden vier symptomen op, die afhankelijk van de patiënt meer of minder sterk kunnen zijn:^[2]

1. Een drang om benen en armen te bewegen, vaak gepaard gaand met vervelende sensaties en gevoelsstoornissen in benen en armen.
2. De klachten worden erger in rust (zitten, liggen).
3. De drang neemt af zolang bewogen wordt.
4. De klachten zijn 's nachts het hevigst.

14.7.2 Diagnose

Het stellen van de diagnose vereist een goede anamnese. Registratie van slaap in een laboratorium (polysomnografie) is voor een diagnose niet noodzakelijk, maar kan in sommige gevallen aanvullend toegepast

worden: hiervoor worden tijdens slaap een selectie van EEG (hersenenactiviteit), EOG (oogbewegingen), EMG (spieractiviteit, meestal gemeten in het gezicht en aan de benen), ECG (hartspieractiviteit), ademactiviteit (neus en mond) en de **hoeveelheid zuurstof in het bloed** van de patiënt geregistreerd.^[3]

14.7.3 Periodiek bewegen van ledematen

Een verschijnsel dat verwant is aan het rustelozebenenensyndroom is het periodiek bewegen van ledematen (**periodic limb movement disorder**, PLMD, of **myoclonus nocturnus** genoemd). Dit zijn stereotiepe, herhaalde bewegingen van de benen (soms armen) gedurende non-remslaap.^[3] Het treedt vooral bij het rustelozebenenensyndroom op, maar kan bijvoorbeeld ook bij narcolepsie en andere slaapstoornissen voorkomen. 80% van de patiënten met **rusteloze benen** blijkt ook PLMS te hebben.

14.7.4 Oorzaken

Mogelijk zou het rustelozebenenensyndroom veroorzaakt zijn door een relatief tekortschieten van de zenuwcellen die signalen doorgeven met **dopamine**, wellicht doordat de 'ontvangende' zenuwcellen er minder gevoelig voor worden.^[4] Er lijkt een erfelijke aanleg voor de aandoening te bestaan. De ijzerhuishouding is in een deel van de gevallen niet op orde.^[3]

14.7.5 Behandeling

Deze paragraaf is gebaseerd op:^{[5][6]}

Een secundaire oorzaak van het rustelozebenenensyndroom zal uitgesloten moeten worden, bijvoorbeeld een tekort aan ijzer, anemie of een uremie.

Niet-medicamenteuze behandeling

Een kwestie van uitproberen om uit te zoeken wat helpt.

- Bedsokken
- Warm baden.
- Massage van de benen.
- Aanbrengen, op de benen, van een **hotpack** of **coldpack**, of afwisselend gebruiken.
- Goed slapen (koele, rustige ruimte, steeds op dezelfde tijd naar bed gaan en opstaan). Echter er is een groep patiënten waarbij maatregelen die de slaap bevorderen, het rustelozebenenensyndroom juist verergeren.
- Lichaamsbeweging/sport, maar niet laat op de dag.

- Vermijden van cafeïne
- Gebruik van alcoholhoudende dranken en roken verminderen.
- 's Avonds mentaal actief blijven. Verveling en loomheid voor het naar bed gaan kunnen het rustelozebenensyndroom verergeren.

Medicatie kan men overwegen indien patiënten ten minste 3 nachten per week last hebben.

Pijnstillers

Vrij verkrijgbare pijnstillers zoals ibuprofen kunnen helpen bij lichte gevallen van het rustelozebenensyndroom. Innemen zodra de eerste symptomen optreden.

Dopaminerge middelen

Dopaminerge middelen zijn de eerste keuze middelen bij matige tot ernstige gevallen van het rustelozebenensyndroom die niet reageert op niet-medicamenteuze maatregelen. Pramipexol, ropinirol, en bromocriptine zijn waarschijnlijk een betere keus dan de combinatie levodopa met carbidopa. Dit komt doordat bij de 3 eerstgenoemde middelen de kans op verergering (z.g. paradoxaal effect) kleiner is, en de kans op terugkeer van de klachten kleiner is.

- levodopa met carbidopa (Sinemet, Duodopa)
- pergolide (Permax)
- bromocriptine (Parlodel)
- pramipexol (Mirapexin, Sifrol)
- ropinirole (Adartel, Requip)

Benzodiazepines

Voor patiënten met milde of periodiek optredende klachten is behandeling met (alleen) een benzodiazepine een optie.

- clonazepam (Rivotril)
- temazepam (Normison)
- alprazolam (Xanax)

Opiaten

Opiaten zijn over het algemeen geen eerste keus behandeling en zouden slechts mogen worden toegepast bij ernstige therapieresistente vormen van het rustelozebenensyndroom met een belangrijke pijncomponent. Het risico op verslaving is aanwezig, zeker bij de sterk werkende opiaten zoals oxycodon.

- codeïne, voor patiënten met milde of periodiek optredende klachten.
- oxycodon (OxyContin, OxyNorm), deze en andere sterk werkende opiaten kunnen worden ingezet bij therapieresistente vormen van het rustelozebenensyndroom.

Anti-epileptica

- gabapentine (Neurontin), ter behandeling van ernstige spierkrampen.

14.7.6 Externe links

- Stichting Restless Legs
- J.G. van Dijk, J.F.V. Caekebeke, R.A.C. Roos en H.A.C. Kamphuisen, *Het restless legs-syndroom, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:221-3.

Hoofdstuk 15

stoornissen in de impulsbeheersing

15.1 Stoornis in de impulsbeheersing

Stoornissen in de impulsbeheersing is een groep psychische aandoeningen waarbij de persoon geen of weinig beheersing heeft van zijn natuurlijke impulsen. Dit houdt in dat de persoon zijn woede niet kan beheersen, niet kan stoppen met winkelen of gokken, diefstal pleegt of zich de haren uittrekt. Het is van belang om hierbij het verschil tussen dwang en drang te zien. Er is bij stoornissen in de impulsbeheersing primair geen sprake van dwangmatig gedrag (zoals bij een *obsessieve-compulsieve stoornis*), maar van een gebrek aan beheersing van eigenlijk alledaagse vormen van aandrang of lust. Iedereen wordt wel eens kwaad, waagt wel eens een gokje, vertoont agressie of is een beetje jaloers op het bezit van een ander. Iedereen heeft echter een ingebouwde 'rem' om te voorkomen dat er problemen ontstaan door al te impulsief gedrag. Wie een stoornis van de impulsbeheersing heeft, mist deze rem en is niet in staat zijn impulsen in goede banen te leiden. Dit kan zich uiten in een breed scala van symptomen.

Het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* beschrijft de volgende aandoeningen in deze categorie:

- Kleptomanie
- Pathologisch gokken
- Pyromanie
- Periodieke explosieve stoornis
- Trichotillomanie

Verder vermeldt het handboek de restgroep Stoornis van de impulsbeheersing niet anderszins omschreven. Hieronder vallen stoornissen die wel afwijkingen van de impulsbeheersing betreffen, maar niet onder de bovenstaande ziektebeelden vallen.

15.2 Kleptomanie

Het begrip **Kleptomanie** of *ziekelijke steelzucht* komt van het Griekse *κλεπτο* (stelen) en manie (ziekelijke zucht). Het is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de stoornissen in de impulsbeheersing. Wie aan kleptomanie lijdt, kan geen weerstand bieden aan de drang om dingen te stelen.

15.2.1 Omschrijving

Kleptomanen stelen voorwerpen niet om persoonlijk gewin of voor persoonlijk gebruik van de gestolen voorwerpen, maar meer om de spanning tijdens het stelen en de opluchting als het is gelukt. Mensen die aan kleptomanie lijden stelen dan ook geregeld kleine dingen die vrijwel geen waarde hebben, zoals pennen, paperclips en kleine stukken speelgoed. Dit onderscheidt kleptomanen van "gewone" dieven, die doorgaans stelen voor de winst en dus gericht dure spullen uitzoeken. Het merendeel van de kleptomanen ontwikkelt een sterke voorkeur voor een bepaald type voorwerp.

Er is bij kleptomanie doorgaans geen sprake van woede of wraak en het is geen gevolg van een waan of hallucinatie. Vaak wordt het gestolen voorwerp direct weer weggegooid of opgedronken. Er zijn zelfs gevallen waarbij kleptomanen zich niet bewust zijn van het feit dat ze dingen stelen, tot een later tijdstip. Bij hen is het stelen dus een onbewuste reflex.

15.2.2 Oorzaak en behandeling

Over de oorzaken van kleptomanie is nog weinig bekend. De behandeling bestaat meestal uit cognitieve gedrags therapie en/of antidepressiva, maar voor de werking ervan is geen wetenschappelijk bewijs.

15.2.3 Zie ook

- *Portret van een kleptomaan*

15.3 Pathologisch gokken

Pathologisch gokken is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de stoornissen in de impulsbeheersing. Wie aan deze aandoening lijdt, kan geen weerstand bieden aan de drang om te gokken. Vaak krijgt de aandoening een dwangmatig karakter en noemt men deze ook wel een **gokverslaving**. Pathologische gokkers houden hun gedrag vaak verborgen om problemen met de omgeving te voorkomen. Gokverslavingen komen het meest bij mannen voor. Bij vrouwen komen in vergelijkbare situaties ook wel koopverslavingen voor.

Men onderscheidt veelal drie fasen van pathologisch gokken:

- De **winnende fase**: het gokken gebeurt nog met plezier. Winst wordt echter niet als toeval gezien, maar als een prestatie. Verlies is domme pech die verholpen kan worden.
- De **verliezende fase**: het gedrag is erop gericht om het verlies terug te winnen. Werk of gezin worden in toenemende mate verwaarloosd en er ontstaan meestal schulden. Plezier staat niet meer op de voorgrond.
- De **wanhoopsfase**: de gokker is volledig in beslag genomen, raakt sociaal geïsoleerd en kan crimineel gedrag gaan vertonen.

Ondanks het feit dat de pathologische gokker geen verslavende substanties gebruikt, is zijn gedrag toch sterk met dat van bijvoorbeeld drugsverslaafden te vergelijken. De verslaving heeft fysieke en psychische aspecten. De gokker moet regelmatig gokken en regelmatig de frequentie of inzet verhogen om het gewenste effect te bereiken. Als hij stopt, vertoont hij ontwenningssverschijnselen. De gokker is zich vaak pas bewust van zijn probleem als de problemen met zijn omgeving te groot worden.

De stelselmatige verhoging van de inzet kan ook het gevolg zijn van een bewuste strategie om alle voorgaande verliezen in één klap te compenseren, een zogenaamde **martingaal**. Deze strategie wordt vaak gepresenteerd als een ijzersterke truc waarmee men altijd zou winnen. Het vereist echter met iedere inzetronde ten minste een verdubbeling van de vorige inzet om eerdere verliezen te compenseren. Een martingaalspeler zal derhalve een lange adem en een flinke portemonnee moeten meenemen, want bij inzet van 1 euro bedraagt de inzet na 10 keer verliezen al 512 euro. Bovendien werken sommige casino's met inzetmaxima waardoor een martingaal na verloop van tijd niet meer werkt. Een martingaalstrategie is derhalve zeer riskant en kan zelfs het opstapje vormen naar gokverslaving.

15.3.1 Wetsvoorstel kansspelen op afstand

Het Nederlandse beleid met betrekking tot verslavingspreventie onderscheidt drie groepen spelers: recreatieve spelers, risicospelers en probleemspelers. Het **Wetsvoorstel kansspelen op afstand** bevat onder meer maatregelen ter voorkoming van kansspelverslaving.

In het wetsvoorstel is opgenomen dat een centraal register voor uitsluiting van deelname aan kansspelen wordt ingericht, dat ziet op deelname aan kansspelen met een hoog speltempo die in speelcasino's, in speelhallen en op afstand worden aangeboden. Bij risicospelers ligt vrijwillige uitsluiting voor de hand. Bij probleemspelers kan ook worden overgegaan tot onvrijwillige uitsluiting. De kansspelautoriteit wordt beheerder van het centraal register.

De vergunninghouder mag geen kansspelen op afstand aanbieden aan een speler die niet zijn spelersprofiel heeft ingevuld en daarin de grenzen heeft aangegeven die hij vooraf aan zijn speelgedrag wil stellen. Deze zullen in ieder geval omvatten de frequentie en de duur van de deelname aan kansspelen op afstand, de maximale stortingen op de spelersrekening en het maximale tegoed op die spelersrekening. (Vooralsnog wordt niet gedacht aan generieke limieten die voor iedere speler – ongeacht diens persoonlijke achtergrond – gelden.) De speler kan zijn spelersprofiel later aanpassen. In de lagere regelgeving zal in ieder geval worden geregeld dat een verlaging van de grenzen direct wordt doorgevoerd, en dat bij verhoging van de grenzen een bepaalde tijd in acht moet worden genomen om de speler enige bedenktijd te geven.

De vergunninghouder die risicovol of problematisch speelgedrag constateert moet de betrokken speler tegen zichzelf beschermen. Hij moet die speler bewegen tot vrijwillige uitsluiting van deelname aan de door hem georganiseerde kansspelen, of bewegen tot vrijwillige, landelijke uitsluiting door inschrijving in het centraal register. De meest vergaande vorm van interventie is onvrijwillige landelijke uitsluiting in het centraal register.

15.3.2 Zie ook

- Verslavingspreventie bij Holland Casino

15.4 Pyromanie

Pyromanie (*vuurzucht*) is de onweerstaanbare drang om brand te stichten. Iemand die dit gedrag vertoont noemt men een **pyroomaan**.

De daad heeft geen enkele specifieke bedoeling behalve de brand zelf. Een pyroomaan is gefascineerd door vuur. Iemand die om andere redenen brand sticht, bijvoorbeeld om een verzekeringsuitkering te ontvangen of om de gevolgen van een misdaad te verhullen is dus geen pyro-

maan. Vaak slaat een pyromaan zelf alarm of komt hij de slachtoffers te hulp.

Fascinatie met vuur komt zeer veel voor, het onverantwoord er mee omgaan veel minder. Pyromanen zijn bijna altijd jonge mannen.

15.4.1 Stoornis

Deze psychische aandoening wordt in het DSM-IV beschreven als een stoornis in de impulsbeheersing. Het handboek geeft de volgende criteria:

1. Opzettelijk en doelbewust brand stichten bij meer dan één gelegenheid.
2. Spanning en affectieve opwindning voor de brandstichting.
3. Fascinatie voor, interesse in, nieuwsgierigheid over of aantrekking tot vuur en de bijbehorende omstandigheden (bijvoorbeeld voorwerpen, gebruik, gevolgen).
4. Genoegen, bevrediging of opluchting bij het veroorzaken van een brand of bij het getuige zijn of deelnemen aan de erop volgende gebeurtenissen.
5. Het stichten van de brand gebeurt niet uit financiële overwegingen, als gevolg van sociopolitieke ideologie, om uitdrukking te geven aan woede of wraak, om criminele activiteiten te verhullen of om de leefomstandigheden te verbeteren. Het is geen uiting van een waan of hallucinatie en ook geen gevolg van een verminderd vermogen tot het nemen van beslissingen (bijvoorbeeld bij dementie, mentale retardatie, intoxicatie door substanties).

W

15.5 Periodieke explosieve stoornis

De **periodieke explosieve stoornis** is een psychische aandoening. Wie aan deze aandoening lijdt, kan zijn woede of drift niet beheersen en vertoont buitensporig gewelddadig gedrag. In het DSM-IV is de aandoening ingedeeld bij de stoornissen van de impulsbeheersing. Iedereen wordt wel eens kwaad of heeft een woedeaanval, maar bij deze stoornis heeft de persoon er geen controle meer over. De woede staat niet meer in verhouding tot de gebeurtenissen die ertoe hebben geleid. Vaak begrijpt de persoon later niet hoe hij tot zijn daden is gekomen en heeft er spijt van. De aandoening komt het meest voor bij mannen, maar uit zich bij vrouwen ook als onderdeel van het premenstrueel syndroom.

Voordat de diagnose kan worden gesteld moet worden onderzocht of er sprake is van een andere aandoening

die woede en agressie als symptomen heeft, bijvoorbeeld een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, borderline of bipolaire stoornis. Uit onderzoek is gebleken dat ook volwassenen die in hun jeugd (onbehandelde) ADHD hebben gehad, aanleg hebben om agressief of opvliegend gedrag te vertonen. Veel psychiaters zien de periodieke explosieve stoornis dan ook niet als zelfstandig ziektebeeld.

Met medicatie en therapie zijn goede resultaten te bereiken, maar er wordt nog veel onderzoek gedaan, met name naar de oorzaak. Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor de periodieke explosieve stoornis:

- Verschillende episoden van onvermogen om weerstand te bieden aan agressieve impulsen die leiden tot agressieve handelingen en het vernielen van eigendommen.
- De mate van agressie tijdens de episoden is buiten proportie voor de bijbehorende psychosociale stressfactoren.
- De agressieve episoden kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische aandoening (bijvoorbeeld de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, een psychotische stoornis, manische episode, gedragsstoornis of aandachttekortstoornis met hyperactiviteit) en zijn geen gevolg van de inname van een substantie (bijvoorbeeld drugs of medicijnen) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hoofddoel of de ziekte van Alzheimer).

15.6 Trichotillomanie

Trichotillomanie is een psychische aandoening die in de DSM-5 is ingedeeld bij de "Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen".^[1] In de DSM-IV was deze aandoening ingedeeld bij de stoornissen in de impulsbeheersing. Wie aan deze aandoening lijdt, heeft een overmatige aandrang om zijn haren uit te trekken, zowel hoofdhaar, wimpers en wenkbrauwen als haar op andere delen van het lichaam. De naam is afgeleid van het Griekse "trich-" (haar), "till(ein)" (trekken), en "mania" (waan, gezindheid).

Door het uittrekken van de haren ontstaan kale plekken, wat schaamte of frustratie kan opleveren, maar verder leiden TTM-lijdende personen een normaal leven. Sommige psychiaters zien trichotillomanie als een vorm van de obsessieve-compulsieve stoornis, terwijl anderen het niet als een aandoening zien, maar als een tamelijk onschuldige gedragsvorm, te vergelijken met nagelbijten. Feit is in ieder geval dat bij TTM-lijdende personen persoonlijkheidsstoornissen voorkomen dan bij anderen.

Een verschijnsel dat zich soms bij trichotillomanie voordoet is trichofagie, waarbij de persoon aan de haren zuigt

of ze opeet. In uitzonderlijke gevallen kan een gevormde haarbal tot maagproblemen leiden.

Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar het percentage van de bevolking dat lijdt aan trichotillomanie, onderzoeken met uiteenlopende resultaten. De DSM-IV meent dat 1-2 % van de gehele bevolking lijdt aan deze aandoening maar de DSM-IV-TR heeft het over 0,6%. De resultaten hangen mede af van de interpretatie van het begrip trichotillomanie.

Zo is het resultaat 0,6% verkregen door rekening te houden met onderstaande criteria:

- Recidiverend uittrekken van de eigen haren, hetgeen leidt tot waarneembaar haarverlies.
- Een toenemend gevoel van spanning vlak voor het uittrekken van het haar of bij pogingen dit gedrag te weerstaan.
- Lust, bevrediging of opluchting bij het uittrekken van het haar.
- De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis en is niet het gevolg van een somatische aandoening (bijvoorbeeld dermatologische ziekte).
- De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere terreinen.

(Dit zijn de 5 criteria die de DSM-IV toeschrijft aan trichotillomanie.)

Wanneer we één van de criteria weglaten bekomen we al heel andere resultaten. Toch vinden nog heel wat mensen dat trichotillomanie onderschat wordt. Dit komt gedeeltelijk omdat ze het niet willen toegeven, ze zijn beschaamd voor de kale plekken. In een onderzoek door Christenson (1995) behoorden van de 186 patiënten 172 tot het vrouwelijke geslacht. In dit onderzoek is dus 92,5% van de totale groep van mensen die aan trichotillomanie lijdt vrouwelijk. Het is wel goed mogelijk dat mannen de kale plekken wijten aan normale mannelijke kaalheid of dat zij simpelweg geen professionele hulp zoeken.

Er zijn vele onderzoekers die de beginleeftijd waarop trichotillomanie zich begint te ontwikkelen hebben proberen te achterhalen. Muller en Winkelmann in 1972, Mansueto in 1990, Swedo en Leonard in 1992, Christenson in 1995 en Cohen in 1995 zijn een paar van deze onderzoekers en hebben allemaal ongeveer hetzelfde resultaat bekomen van tussen de 11 en de 12 jaar. Er is ook zoiets als "babytrichotillomanie" waarbij kinderen in hun eerste levensjaren haren uittrekken, gelukkig verdwijnt dit meestal van zelf in de loop van de tijd. Als het dwangmatig haren uittrekken begint tijdens de tienerjaren is de kans groot dat je er niet zomaar vanaf komt.

15.6.1 Oorzaken

Men heeft tot op de dag van vandaag nog geen duidelijke en vaststaande oorzaak voor trichotillomanie gevonden. Er zijn wel enkele theorieën opgesteld waaronder oorzaken vanuit het neurobiologisch perspectief, het psychoanalytisch perspectief en oorzaken vertrekkende vanuit de leertheorie.

Neurobiologische oorzaak

Serotonine is een neurotransmitter die voorkomt in onder andere de hersenen. In het gebied van de hersenen dat een grote invloed heeft op de emotionele en motorische processen bevindt zich in een normaal geval serotonine. Trichotillomanie zou volgens verschillende bronnen en onderzoeken zoals dat van Stein in 1999 en Audenaert in 2003, veroorzaakt worden door een tekort aan serotonine. De oorzaak van dat verschijnsel op zich is evenals onduidelijk en dus onbekend. Er wordt niet alleen de oorzaak gezocht bij serotonine in de hersenen, ook andere delen van de hersenen worden als mogelijke oorzaken gezien.

De cortex orbitofrontalis van een mens (deel van de hersenen) staat onder andere in voor vaardigheden als zelfbeheersing en beslissingsvermogen. Als de werking van de cortex orbitofrontalis verstoord raakt, hebben we als gevolg problemen met zelfbeheersing. Bij mensen met trichotillomanie uit zich dit dus in herhaaldelijk ongewenst gedrag (haren uittrekken).

Psychoanalytische oorzaak

Er zijn twee mogelijke psychoanalytische oorzaken van trichotillomanie en de eerste is te vinden in de kindertijd. Een baby heeft behoefte aan voedsel, aandacht en aanrakingen. Door de vervulling van deze behoeften krijgt het kind een gevoel van veiligheid en geborgenheid. In deze periode wordt onder andere de impulsbeheersing en frustratietolerantie ontwikkeld en daarom is het belangrijk dat de behoeften van het kind worden vervuld. Als dit niet het geval is wordt de basis gelegd voor latere problemen. Op de leeftijd van ongeveer 2 jaar komt het kind in de anale fase waarin het zijn eigen willetje probeert op te dringen. Natuurlijk is er ook nog de wil van de ouders en zo komt het kind in een tweestrijd, die meestal leidt tot het toegeven aan de ouders. In gezinnen waar boosheid niet getolereerd wordt zal het kind zich inhouden ter wille van de ouders en zo heel wat frustraties opkroppen. Ze krijgen het onvermogen om hun boosheid uit te drukken en dus zetten ze het om in obsessies en compulsies.

Een tweede mogelijke oorzaak vanuit een psychoanalytisch perspectief is de symbolische betekenis die we aan ons haar geven. Mensen die onderzoek doen naar moeder-dochter-relaties hebben gezien dat vrouwen die aan trichotillomanie lijden vaak problemen had-

den/hebben met hun moeder. Dit vooral in de eerste levensjaren van de dochter waar ze behoefte heeft aan voedsel, aandacht en aanrakingen. Later wordt hun relatie ambivalent, enerzijds zijn ze afhankelijk van elkaar en anderzijds heerst een vijandigheid omdat de een de ander nooit kan geven wat de ander wil. Om een voorbeeld te geven, een moeder projecteert haar onvervulde ambities, bijvoorbeeld een bepaald beroep, op haar dochter. Deze heeft echter steun nodig en niet iemand die ze zelf nog moet steunen. Door de steun die ze niet ontvangt van haar moeder maar juist moet geven krijgt ze agressieve gevoelens tegenover haar. Het haar kan hier symbool staan voor de moeder en krijgt dus heel wat te verduren. Haar haren kunnen ook gewoon dienen als troost voor de afwezigheid van haar moeder.

Oorzaken vanuit de leertheorie

In de leertheorie stelt men dat het dwangmatig haar uittrekken een slechte gewoonte is die uitgelokt wordt door externe en interne stimuli, prikkels. In 1997 hebben Mansueta en zijn collega's hier onderzoek naar gedaan en de bevindingen zijn uiterst interessant.

- Stimuli die de drang uitlokken om haren uit te trekken kunnen zowel intern als extern zijn. Met intern bedoelen we dan bijvoorbeeld grijze haren die ongewenst zijn, wenkbrauwen die symmetrisch moeten zijn en ga zo maar verder. Hier herkennen we het perfectionistische karakter dat een persoon die trichotillomanie heeft vaak bezit. Externe stimuli zijn dan bijvoorbeeld plaatsgebonden (auto, bed) of objectgebonden (pincet, spiegel).
- Stimuli die het gedrag aanmoedigen of indijken: Eens de basis is gelegd voor de zogenaamde slechte gewoonte haar uit te trekken is het een kwestie van toe te geven aan het verlangen haren uit te trekken of niet. Factoren die het gedrag aanmoedigen kunnen pincetten en spiegels zijn. Dit zijn voorbeelden van externe factoren maar Mansueta heeft ook 3 interne factoren bepaald, met name de aandrang zelf, bepaalde houdingen die het gedrag vergemakkelijken (bijvoorbeeld studeren) en de gedachten van de persoon (bijvoorbeeld "nog eentje en dan stop ik"). Er zijn ook factoren die indijkend of inhiberend kunnen werken bijvoorbeeld de angst dat mensen kale plekken gaan zien of de angst om betrappt te worden.
- Ketting van gedragingen: Trichotillomanie is een stoornis met rituelen rond het eigenlijke dwangmatig uittrekken van het haar zelf. Ze hebben voorbereidende handelingen zoals een plaats kiezen, voorwerpen als een pincet klaarleggen. Dan gaan ze over tot het kiezen van de haren die ze gaan verwijderen en strelen of spelen er nog even mee. Vervolgens trekken ze het er met een bepaalde techniek

uit of verwijderen ze het met een pincet. Deze laatste techniek wordt door 43% gebruikt volgens een onderzoek van Schlosser en collega's in 1994. Als "naspel" wordt het haar en het haarzakje soms aan een grondige inspectie onderworpen. In vele gevallen wordt het haarzakje opgegeten of bewaard als verzameling en de extremere eten zelfs heel het haar op met soms ernstige gevolgen van dien!

- Gevolgen van het haar uittrekken: het haar uittrekken is een handeling waarna een gevoel van bevrediging en voldoening geven en zelfs stressreducerend werken. Het is dus kortom een goed gevoel dat ze ervan krijgen. Daardoor wordt het gedrag dan ook repetitief herhaald en is het moeilijk om te stoppen en deze goede gevoelens en effecten op te geven. Na dit goede gevoel komt echter veel een gevoel van schaamte en schuldgevoel (door de kale plekken) en dit kan soms een goede motivatie zijn om te stoppen met het gedrag.

Overige mogelijke oorzaken

- kinderziekte of verwonding;
- dood, ziekte of verwonding van een familielid;
- verhuizing;
- vervreemding of scheiding van vrienden;
- naar school gaan;
- schoolproblemen;
- eerste menstruatie;
- echtscheiding van de ouders;
- korte scheiding van de ouders;
- verplichte bedrust om medische redenen;
- geboorte van een broertje of zusje of ruzie met broertje of zusje met als gevolg minder aandacht voor het haartrekkende kind.
- een probleem in het immuunsysteem waardoor een herseninfectie kan ontstaan die leidt tot de aandoening.

15.6.2 Behandeling

Er zijn vele behandelingen mogelijk waarvan de één al effectiever is dan de anderen. Medicatie is een van de behandelingen maar ook gedragstherapie kan wonderen doen bij mensen die Trichotillomanie hebben.

Medicatie

Clomipramine Volgens de wetenschap is dit de meest effectieve medicatie om trichotillomanie te behandelen en meteen ook de oudste. Het is een soort **antidepressivum** dat het reeds besproken probleem met serotonine min of meer oplost.

Fluoxetine Een ander woord voor fluoxetine is **prozac**, en heeft theoretisch gezien ongeveer hetzelfde effect als **clomipramine**. Een onderzoek heeft uitgewezen dat het effect van een **placebo** en fluoxetine hetzelfde is. Hieruit zouden we dus kunnen besluiten dat het geen effectieve medicatie is. Een ander onderzoek heeft echter uitgewezen dat fluoxetine en clomipramine hetzelfde effect hebben. Daaruit zouden we vervolgens kunnen besluiten dat fluoxetine wel een effectieve medicatie is net zoals Clomipramine er één is. Er is dus nog veel onderzoek nodig wat betreft deze behandeling.

Andere medicatie Vorige 2 medicamenten speelden in op de gebrekkige werking van serotonine, er zijn ook andere medicaties zoals stemmingsstabilatoren (vb Lithium) of neuroleptica die bepaalde psychische functies onderdrukken. Nog een mogelijkheid vormen de **anxiolytica**, die onrust en angst verminderen....

Gedragstherapie

De behandeling die gedragstherapie aanbiedt gaat uit van de leertheorie. Ze zien het uittrekken van de haren dus als een soort van (slechte) gewoonte.

Gewoonteomkering Het omkeren van de gewoonte is een eerste behandeling in de gedragstherapie waarbij Baer in 2002, 5 stappen heeft onderscheiden. Lee Baer is hoogleraar psychologie aan de Harvard Medical School en onderzoeker van obsessieve-compulsieve stoornissen bij het Massachusetts General Hospital waarover hij ook een boek heeft geschreven: Alles onder controle.

1. Bewustwordingstraining (het bewust laten worden van de persoon zijn gewoonten)
2. Tegenrespons aanleren (een beweging, respons aanleren om de oude gewoonten af te leren)
3. Ontspanningstraining (de aandrang om de gewoonten uit te voeren te doorbreken door aan iets anders te denken, door zich te ontspannen)
4. Contingentiemanagement (nieuwe gedrag in stand houden door het te belonen)
5. Generalisatietraining (zichzelf onder controle houden in risicovolle situaties (vb studeren) en leren om te gaan met situaties waarin men haren kan verliezen)

Andere technieken Een eerste techniek is **zelfmonitoring**, het zichzelf bewust maken van het probleem en allerlei gegevens zoals tijdstip en locatie noteren. Wanneer dit de enige stap is tijdens de therapie is de kans op hervallen groot aangezien er geen technieken worden aangeleerd om het haren uittrekken af te leren en te voorkomen. Een andere techniek is **aversietherapie** wanneer iemand haren uittrekt. Zo deed Crawford in 1988 een experiment met een vrouw die trichotillomanie had. Er werden elektroden aan haar onderarm bevestigd en na een half jaar (7 sessies) van lichte elektrische schokken krijgen wanneer ze voorbereidingen nam voor het haren uittrekken, voelde ze niet langer die behoefte. De vrouw werd gevolgd en is niet teruggevallen in haar oude gedrag. Straffen hangt wat samen met aversietherapie en kan ook effectief zijn. Dan hebben we ook nog bekrachtiging die kan optreden als een behandeling tegen trichotillomanie. Hierbij denken we dan aan het goedkeuren en bevestigen van goed gedrag door middel van bijvoorbeeld complimentjes. Het doet dus wat denken aan stap 4: contingentiemanagement van L. Baer. Als laatste behandelingstechniek onder de categorie gedragstherapie hebben we **cognitieve gedragstherapie**, deze techniek probeert patiënten de onderlinge relaties van hun gedachten, gevoelens en handelingen te laten begrijpen.

15.6.3 Externe links

- Door dermatologen geschreven informatie over verschillende vormen van haaruitval
- Website van een vrouw met trichotillomanie, bevat veel uitleg

Hoofdstuk 16

aanpassingsstoornissen

16.1 Aanpassingsstoornis

Een **aanpassingsstoornis** is een **psychische aandoening**. Deze treedt op als reactie op de emotionele en psychische **stress** die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven (bijvoorbeeld overlijden, huwelijk, maatschappelijke ontwikkelingen enz.). Deze veranderingen kunnen zowel positief als negatief van aard zijn. In het **DSM-IV** zijn aanpassingsstoornissen geordend naar de overheersende symptomen. Aanpassingsstoornissen komen in acute en chronische vorm voor.

Aanpassingsstoornissen worden ingedeeld op grond van de meest op de voorgrond tredende symptomen:

- **Angst of gespannenheid** - nervositeit, onrust, rusteloosheid; bij kinderen **separatieangst**.
- **Depressie** - hopeloosheid, huilbuien, somberheid.
- Gecombineerd angstig en depressief.
- Gedragsproblemen - negeren van normen en regels, onaangepast gedrag; bij kinderen spijbelen, brutaliteiten, vechten, vandalisme.
- Gecombineerd emotioneel en gedragsgestoord - depressie en/of angst gecombineerd met een **gedragsstoornis** of onaangepast gedrag.
- Niet anderszins omschreven - psychosociale stress, lichamelijke klachten, teruggetrokkenheid, verminderde prestaties of concentratieproblemen bij werk of studie.

16.1.1 Classificatie

- ICD-10: F43
- DSM-IV: 309.xx (xx voor subtype)

16.1.2 Nederlandse zorgverzekering

Sinds 1 januari 2012 zit de behandeling van aanpassingsstoornissen niet meer in het **basispakket** van de Nederlandse zorgverzekering.^[1]

Hoofdstuk 17

persoonlijkheidsstoornissen algemeen

17.1 Persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsstoornissen vormen een categorie van psychische aandoeningen die gekenmerkt worden door een star en duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen die binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijken van de verwachtingen.

17.1.1 DSM-IV

Het diagnosesysteem DSM-IV vermeldt tien persoonlijkheidsstoornissen, die in drie clusters (groepen) zijn onderverdeeld:

Cluster A

- Cluster A (vreemd of excentriek gedrag)
 - Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
 - Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
 - Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B

- Cluster B (theatraal, emotioneel of grillig gedrag)
 - Antisociale persoonlijkheidsstoornis
 - Borderline persoonlijkheidsstoornis
 - Theatrale persoonlijkheidsstoornis
 - Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C

- Cluster C (gespannen of angstig gedrag)
 - Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
 - Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
 - Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (niet te verwarren met de obsessieve-compulsieve stoornis)

PDNOS

Naast bovengenoemde persoonlijkheidsstoornissen krijgt een grote groep ook de diagnose:

- **Persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven** (Personality Disorder Not Otherwise Specified) Deze diagnose krijgen de mensen die niet binnen de criteria van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis vallen, maar wel 'trekken' hebben van 2 of meer persoonlijkheidsstoornissen, dat wil zeggen: net niet voldoen aan de criteria ervan.

17.1.2 DSM III

In het DSM-III werden ook de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis en de zelfkwellende persoonlijkheidsstoornis vermeld. Deze zijn in het DSM-IV echter verwijderd, omdat vooralsnog niet duidelijk is of dit afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen zijn. In het ICD-10 staan ze vermeld als varianten van afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (F60.7).

Hoofdstuk 18

persoonlijkheidsstoornissen cluster A

18.1 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis

De **paranoïde persoonlijkheidsstoornis** is een door een psycholoog gediagnosticeerde **persoonlijkheidsstoornis** met paranoïde kenmerken. De term **paranoïde** verwijst in dit verband niet naar verregaande **wanen** of **psychosen**, maar naar een aanhoudend en ongegrond wantrouwen in mensen. Vrienden, kennissen en collega's worden vanwege dit wantrouwen met een zekere afstandelijkheid benaderd en de contacten worden pas wat hartelijker als blijkt dat zij geen kwade bedoelingen hebben. Vaak blijft de PPS-lidder echter wel op zijn hoede en kan fel reageren op een kleinigheid (bijvoorbeeld een grapje) die als persoonlijke aanval wordt geïnterpreteerd. Mocht de persoon daadwerkelijk slecht worden behandeld of opge-licht, kan de woede daarover soms jaren duren en mogelijk wraakgevoelens oproepen.

Paranoïde persoonlijkheden wantrouwen vaak ook hun levenspartners. Op grond hiervan worden de activiteiten van de partner meer dan normaal in de gaten gehouden en kan de PPS'er zich soms streng of zelfs dictatoriaal opstellen.

In bepaalde gevallen richt het wantrouwen zich tegen bevolkingsgroepen, instanties of overheden. Dit kan leiden tot vooroordelen of langdurige conflicten die volgens de omgeving slechts om kleinigheden gaan. Dit wordt wel **querulantenwaan** genoemd (hoewel er in dit geval geen sprake is van de echte waan).

18.2 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

De **schizotypische persoonlijkheidsstoornis** is een **persoonlijkheidsstoornis** waarbij een persoon zich sociaal isoleert, afwijkende gedragingen en gedachten heeft en vaak onconventionele opvattingen heeft, bijvoorbeeld het geloof in buitenzintuiglijke waarneming. Sommigen zien de schizotypische persoonlijkheidsstoornis als een lichte vorm van schizofrenie. Mogelijk zijn deze twee aandoeningen genetisch verwant. Men spreekt dan ook wel

van een **schizoïde spectrum** of genetisch schizofreniespectrum.

Centraal bij STPS staan de afwijkende gedachten die de persoon heeft. Gesprekken met hen kunnen vaak warrig of moeilijk te volgen zijn, ze kunnen breedsprakig zijn en eigenaardige opvattingen verkondigen, maar dit ontspoot niet in de volledige verwardheid die men vaak bij schizofrenie ziet. Wel ziet men vaak de opvatting dat gedachten (zowel die van zichzelf als die van anderen) bewaarheid kunnen worden door ze alleen maar te denken (**magisch denken**). Ook het uiterlijk en de kleding wijken vaak af van de maatschappelijke norm, zonder dat er echt sprake is van verwaarlozing. STPS'ers worden op grond hiervan vaak als vreemd of excentriek beschouwd.

Er treden soms wat problemen op met de zintuiglijke waarneming. Echte **wanen** zijn dit echter meestal niet, het betreft eerder een hogere gevoeligheid voor **illusions**. Ook **depersonalisatie** kan voorkomen.

STPS'ers hebben niet veel behoefte aan contact met andere mensen. Hun **affect** is vaak oppervlakkig of afgestompt en in andere gevallen vertonen ze **emoties** die niet bij de situatie passen. Toenadering is niet altijd gewenst. Dit kan leiden tot **achterdocht**, verdere terugtrekking in een sociaal isolement en **angstverschijnselen**. Net als bij **schizofrenie** ligt het zelfmoordgehalte erg hoog bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. 10% van de mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis beëindigt uiteindelijk het eigen leven.

18.3 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis

De **schizoïde persoonlijkheidsstoornis** is een **persoonlijkheidsstoornis** die wordt gekenmerkt door een afstandelijkheid in sociale contacten en een beperkt bereik in emotionele expressie. De stoornis behoort tot het **schizoïde spectrum**. De betrokkene heeft weinig behoefte aan hechte relaties en kiest vrijwel altijd activiteiten die hij alleen kan doen. Ook beleeft hij weinig plezier aan activiteiten met anderen, heeft nauwelijks intieme vrienden, lijkt onverschillig voor lof of kritiek en toont een kil afstandelijk affect. Ten opzichte van andere

persoonlijkheidsstoornissen komt de schizoïde variant weinig voor: 0.4 - 0.9% van de bevolking heeft deze stoornis. Er bestaan (symptomatische) overeenkomsten tussen de schizoïde persoonlijkheidsstoornis en het syndroom van Asperger, maar de schizoïde persoonlijkheidsstoornis wordt niet tot het autistisch spectrum gerekend. ^[1]

18.3.1 Controverse

Of de stoornis eigenlijk wel een stoornis is, staat nog ter discussie, omdat de patiënt of zijn omgeving er niet noodzakelijk onder lijden. Veel mensen staan kritisch tegenover de neiging van de samenleving om afwijkend gedrag simpelweg af te doen als een ziekte of stoornis, enkel omdat dit gedrag onconventioneel is. Ze zijn van mening dat die neiging niet in overeenstemming is met de vrijheid die iedereen heeft om zijn eigen levensstijl te bepalen (zolang de sociale verhoudingen hierdoor niet ernstig worden verstoord). Anderen menen dat ernstige symptomen van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis het resultaat zijn van een saai en onbevredigend leven. Volgens hen is de aan-doening dus wel degelijk een persoonlijkheidsstoornis.

Hoofdstuk 19

persoonlijkheidsstoornissen cluster B

19.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

De **antisociale persoonlijkheidsstoornis** of **psychopatische persoonlijkheidsstoornis** is een persoonlijkheidsstoornis die wordt gekenmerkt door antisociaal en impulsief gedrag. In de samenleving heeft ongeveer 3% van de mannen en 1% van de vrouwen de antisociale persoonlijkheidsstoornis (volgens het DSM-IV).

19.1.1 Classificatie

Het DSM-IV definieert de antisociale persoonlijkheidsstoornis als een pervasief patroon van veronachtzaming en schending van de rechten van anderen dat zich openbaart vanaf het 16e levensjaar. De diagnose dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

A: Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen, vanaf het vijftiende jaar aanwezig en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken:

- niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
- oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwenden ten behoeve van eigen voordeel of plezier
- impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'
- prikkelbaarheid en agressiviteit, zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging
- roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
- constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen

- ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben

B: De leeftijd is ten minste achttien jaar.

C: Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend vóór het vijftiende jaar.

D: Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.

19.1.2 Kenmerkend gedrag

Bij een ASP-patiënt ontbreekt de capaciteit om emoties zoals schuld of wroeging te voelen, omdat zij niet kunnen empathiseren met anderen; dat wil zeggen dat het inlevingsvermogen en het vermogen om zich in een ander te verplaatsen verminderd aanwezig is of geheel ontbreekt. Het uit zich vooral door versterkt egocentrisch gedrag, waarbij het eigenbelang vaak of altijd boven dat van anderen prevaleert. Dit kan op een duidelijk zichtbare wijze gebeuren, maar het komt ook voor dat een ASP-patiënt zich aardig en sociaalvoelend voordoet. Dit noemt men "aangeleerd sociaal wenselijk gedrag"; dit is echter slechts cognitief, verstandelijk en rationeel aanwezig: het komt niet voort uit intrinsieke emoties. Typerend voor iemand met een dergelijke persoonlijkheidsstructuur, is bijvoorbeeld het aanwenden van sociaal wenselijk gedrag om uit eigenbelang een doel te bereiken, ook al gaat dat ten koste van de ander. Hiermee onderscheidt de persoonlijkheidsstoornis zich duidelijk van andere stoornissen die de emoties en de empathische vermogens negatief beïnvloeden. Toch kan het sociaal wenselijke gedrag ook aangewend worden op manieren die ertoe leiden dat de patiënt dermate socialiseert, dat hoewel van genezing geen sprake is, het aangeleerde gedrag als copingmechanisme de patiënt een leven laat leiden dat zeer nauw overeenkomt met dat van een gezond persoon. Het is een misverstand dat iedereen met een afwijkende persoonlijkheidsstructuur ongeneeslijk ziek is, als dat wordt uitgelegd als *niet voor verbetering vatbaar*.

Een heel specifiek verschijnsel bij ASP is in bepaalde gevallen het **ziekelijk liegen**. Een patiënt kan een uitgebreid web van leugens vertellen om daar later zijn voor-

deel mee te kunnen doen. Hij kan bijvoorbeeld iemand financieel voordeel of romantiek in het vooruitzicht stellen, terwijl het verantwoordelijkheidsgevoel om aan de geschapen verwachtingen te voldoen volledig ontbreekt. Het komt voor dat het liegen zodanig een tweede natuur geworden is, dat de persoon in kwestie liegt, terwijl deze er geen concreet plan of doel voor heeft. Opvallend is voorts dat hij zich enerzijds in de slachtofferrol kan opstellen en anderzijds zich voor kan doen als iemand met succes.

19.1.3 Criminaliteit

Crimineel gedrag is niet noodzakelijk voor de diagnose, maar lijdens aan ASP komen zeer vaak in aanraking met politie en justitie door hun veronachtzaming van de normen en waarden in de maatschappij en de rechten van anderen. Een gebrekkig of verstoord inlevingsvermogen (verplaatsen in anderen) is hiervan een belangrijke oorzaak. Het is echter onjuist om alle criminelen af te doen als ASP-lijdens: veel criminelen hebben geen ASP en omgekeerd zijn veel ASP-lijdens niet crimineel. Sommigen zijn van mening dat mensen die buitengewoon goed presteren in de maatschappij kenmerken van ASP vertonen, omdat ze minder moeite zouden hebben met het nemen van harde beslissingen.

Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis kunnen heel innemend en charmant zijn, maar ze kunnen door impulsiviteit en gebrek aan inlevingsvermogen snel in conflicten terechtkomen. Ze liegen vaak in hun voordeel en zijn niet bang, wat mogelijk verklaart waarom zij de consequenties van hun handelingen niet inzien. Berouw, empathie of schuldgevoel komt bij ASP-lijdens niet of slechts in verminderde mate voor.

19.1.4 Oorzaken

De oorzaken van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn in drie groepen te verdelen:

Ontwikkelingsstoornissen (emotionele verwaarlozing)

Door een opvoeding waarin geborgenheid en genegenheid, met name in de baby- en peuterfase, onvoldoende aanwezig is, kan er een persoonlijkheidsstructuur ontstaan waarin de socialisatie onvoldoende is en het ik-gevoel (egocentrisme) op de voorgrond komt te staan. Deze verstoring en onevenwichtigheid kan later door antisociaal gedrag zichtbaar worden. Vrijwel altijd is op weg naar de volwassenheid een gedragsstoornis opgetreden, met name Anti-sociale gedragsstoornis (CD). In de vroege jeugd kan als gevolg van pathologische zorg een reactieve hechtingsstoornis zijn voorgekomen.

Organische oorzaken

Hersenontsteking, hersenvliesontsteking en andere ernstige hersenbeschadigingen door ongelukken of vergiftigingen door een verslavingsziekte, kunnen tot een zodanige karakterverandering leiden dat een verpsychopathiseerde persoonlijkheid ontstaat.

Erfelijkheid In bepaalde situaties kan gedacht worden dat psychopathie mede een erfelijke oorzaak heeft. Welke beschadiging of afwijking in de structuur van hersencellen hierbij een rol speelt, is onvoldoende bekend.

Doorgaans is een combinatie van deze factoren aanwezig bij personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

19.1.5 Prognose

Voor zover bekend zijn er weinig succesvolle behandelmethoden voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis.^{[1][2]} Er zijn daarentegen aanwijzingen dat behandelingen de patiënt juist de gelegenheid geeft zijn of haar antisociale vaardigheden te verbeteren.^[3] Vaak neemt de heftigheid van de stoornis na het veertigste levensjaar af.

Uit voorlopige resultaten van een onderzoek aan de Universiteit Maastricht dat werd gepubliceerd in 2012 bleek dat mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis mogelijk baat hebben bij schematherapie. Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van tbs-klinieken in Nederland. De kans op recidive daalde en de proefpersonen die de therapie ondergingen mochten gemiddeld 103 dagen eerder op proefverlof.^[4]

19.1.6 Zie ook

- Psychopathie

19.2 Borderline-persoonlijkheidsstoornis

De **borderline-persoonlijkheidsstoornis** is een van de, in het DSM-IV genoemde, persoonlijkheidsstoornissen.

De naam *borderline* betekent letterlijk 'grens'. Eerder werd verondersteld dat de stoornis zich in het gebied tussen neurose en psychose bevond. Deze visie is gewijzigd, maar de naam is blijven bestaan. Binnen de American Psychiatric Association (APA), de psychiatrische vereniging die verantwoordelijk is voor het handboek DSM, gaan stemmen op om de naam te wijzigen, bijvoorbeeld in *emotieregulatiestoornis* (ERS) of een vergelijkbare naam omdat de term *borderline* niet duidelijk is.^[1]

19.2.1 Kenmerken

Geen twee borderline-patiënten zijn hetzelfde. Er zijn gradaties, van zeer leefbaar tot zeer heftig. En net zoals bij personen zonder persoonlijkheidsstoornis vindt men ook hier extraverte en introverte mensen. Enkele kenmerken die meer of minder in het oog kunnen springen zijn:

- Een laag gevoel van **eigenwaarde**.
- Neiging tot zelfbeschadigend gedrag (**automutilatie**, bijvoorbeeld zichzelf bewust snijden of branden), soms ook in combinatie met **manipulatie**.
- Onzekerheid verdoezelen door provocerend gedrag.
- Neiging tot extreme (voor)oordelen. Bijvoorbeeld: in relaties met vrienden en/of partner is het vaak alles of niets – vaak eerst alles, en daarna plotseling niets.
- **Dissociatie**: mensen met borderline kunnen af en toe weg zijn, voor een bepaalde tijd niet meer in de realiteit. Het lijkt dan alsof zij zichzelf in een film zien acteren. Dissociatie is een vluchtmechanisme om de emoties onder controle te houden. Het treedt meestal op als de stress te veel wordt.
- **Separatieangst**, de angst om verlaten te worden.
- Gevoelens van **eenzaamheid**, ook in een groep.
- Zelfdestructief gedrag en impulsiviteit, bijvoorbeeld wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik of winkeldiefstal.
- Identiteitsproblemen, geen “ik” ontwikkelen.
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis kan samengaan met kortdurende **psychoses** (enige uren tot een aantal dagen).

DSM-IV

De **DSM-IV** (301.83) definieert de borderline-persoonlijkheidsstoornis als een aanhoudend patroon van instabiele interpersoonlijke relaties, een instabiel zelfbeeld, instabiele emoties en een sterke impulsiviteit. De stoornis uit zich in de vroege volwassenheid in verschillende situaties.

ICD-10

In de **ICD-10** (F60.3) wordt de **emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis** vermeld die in twee typen is ingedeeld:

- **Impulsief type** (F60.30) - emotionele instabiliteit, slechte impulsbeheersing, emotionele uitbarstingen.

- **Borderlinetype** (F60.31) - emotionele instabiliteit, negatief zelfbeeld, gevoelens van leegte, instabiele relaties, verlatingsangst, zelfdestructief gedrag.

19.2.2 Verloop

Bij borderline-patiënten lijkt er vaker sprake te zijn van remissie (niet meer voldoen aan bepaalde kenmerken) dan van daadwerkelijk herstel.^[2] Na het dertigste jaar treedt meestal wel een opmerkelijke stabilisering op. Het functioneren blijkt te verbeteren met het stijgen van de leeftijd na het ontstaan van de borderline-persoonlijkheidsstoornis of kenmerken.

Het is daarbij echter onduidelijk of borderline-kenmerken zich al in de kindertijd kunnen manifesteren, maar het ontstaan op jonge leeftijd is een voorspeller van een snelle remissie of herstel op oudere of volwassen leeftijd of binnen 10 jaar. Zo blijkt 88% van de borderline-patiënten 10 jaar na het ontstaan van de kenmerken hersteld.^[3] Andere positieve voorspellers van snel herstel of remissie^[4]:

- De afwezigheid van seksueel misbruik.
- Geen familiegeschiedenis van middelenmisbruik.
- Een goede loopbaan.
- Het niet voldoen aan een cluster C persoonlijkheidsstoornis.
- Laag scoren op neurotisch gedrag.
- Hoog scoren op sociaal aangenaam gedrag.

19.2.3 Ontstaan

Omdat *borderline* pas sinds de jaren negentig in de DSM is opgenomen, wordt de stoornis soms als **modeziekte** beschouwd en wordt er vaak denigrerend over gesproken. Aan de andere kant is het begrijpelijk dat door de kenmerken en uitingsvormen van deze stoornis, hierover niet altijd even positief wordt gesproken. Ook omstanders hebben soms te maken met het beschadigend gedrag.

Omgevingsfactoren

De borderline-persoonlijkheidsstoornis manifesteert zich meestal tijdens de adolescentie (jongvolwassenheid). Voor de oorzaken bestaat geen hard bewijs, maar er zijn wel aanwijzingen dat zowel genetische factoren als omgevingsfactoren een rol kunnen spelen. Volgens de DSM is de kans op de stoornis vijf keer zo groot indien de aandoening ook bij naaste familieleden voorkomt. Algemeen wordt aangenomen dat deze factoren, in combinatie met de **sociale omgeving** bepalend zijn voor het ontstaan en

verloop. Het is niet bewezen dat traumatische gebeurtenissen in de jeugd verantwoordelijk zijn, maar een hoog percentage BPS-lijdende meldt wel degelijk seksueel misbruik of emotionele verwaarlozing in de jeugd (een onderzoek van Mary Zanarini geeft 40-71 procent).^[5] Door deze verwaarlozingen zijn er hechtingsstoornissen ontstaan. Opvallend is dat de diagnose *borderline* bij vier tot vijf keer zoveel vrouwen als mannen wordt gesteld. De *anti-sociale persoonlijkheidsstoornis* wordt desondanks wel 'borderline voor mannen' genoemd. Dit komt wellicht omdat vrouwen de emoties (waaronder agressie) meer naar binnen richten waardoor die minder zichtbaar zijn, terwijl mannen zich meer op de buitenwereld afreageren.

Neurologische verschillen

Borderline kan vastgesteld worden op een hersenscan door middel van fMRI. Harold W. Koeningsberg kwam tot conclusie nadat hij borderline-patiënten een hersenscan liet ondergaan. Uit het onderzoek bleek dat borderline patiënten fysiek niet in staat zijn tot het reguleren van hun emoties. Koeningsberg vond uit dat wanneer mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis hun emoties probeerden te controleren of te verminderen, bepaalde hersengebieden, waaronder de anterior cingulate cortex en intrapartical sulci gebieden van de hersenen die actief zijn van gezonde mensen onder dezelfde omstandigheden, inactief bleven bij borderline patiënten.^[6]

19.2.4 De omgeving

De omgang met mensen met deze persoonlijkheidsstoornis kan moeilijk zijn: een soms verstikkende aanhanke-lijkheid wordt vaak abrupt afgewisseld met perioden van absolute afwijzing. In het verleden werd de problematiek die naasten ervoeren door behandelaars vaak genegeerd. De behandeling van de patiënt is gebaat bij betrokkenheid en inbreng van mensen uit de directe omgeving. Voorlichting in de vorm van *psycho-educatie* aan hen is belangrijk. Bedrog en manipulatie komen regelmatig voor. Als dit door de omgeving in stand wordt gehouden biedt dat de patiënt minder kansen om te veranderen. Hij is gebaat bij een omgeving die in staat is duidelijke grenzen te stellen. Voornaam is dat niet de persoon wordt afgewezen maar dat bepaalde gedragingen niet worden geaccepteerd. Daarnaast heeft een persoon met een borderline-stoornis veel behoefte aan begrip en toewijding.

19.2.5 Behandeling

Aan een enkel gesprek hebben deze mensen als behandeling niets. Langdurige therapie en begeleiding wordt dan ook aanbevolen. Soms is het leven voor mensen met deze stoornis draaglijker met medicijnen, meer kan worden verwacht van een gestructureerde omgeving waarin iedereen goed weet waar hij of zij aan toe is. Met

psychotherapie zijn soms goede resultaten te bereiken. Soms weet een persoon de stoornis te overwinnen, maar als dit niet rond het 35e levensjaar is gebeurd, is de kans groot dat de stoornis van blijvende aard is.

Een vaardigheidstraining voor personen met een borderlinestoonis is *dialectische gedragstherapie* (DGT), op basis van uitgangspunten ontwikkeld door de Amerikaanse therapeute *Marsha Linehan*. DGT is voornamelijk gericht op het aanleren van vaardigheden die het mogelijk maken beter om te gaan met de klachten. Het kan de zelf-destructieve gedragssymptomen verminderen maar heeft geen diepere persoonlijkheidsverandering als doel.

Schema-therapie is ontwikkeld door de New Yorkse psycholoog *Jeffrey Young*. Hij startte de ontwikkeling ervan in de jaren 80. In een onderzoek van Giesen-Bloo en Arntz bleek dat na drie jaar lang tweemaal per week schema-therapie goede resultaten waren bereikt door 45% van de patiënten.

Door verschillende auteurs wordt er op gewezen dat borderlinepatiënten een gebrekkige mentalisatiefunctie bezitten. Hierdoor kunnen ze niet zien dat eigen en anderen gedrag voortkomt uit een innerlijk mentaal leven van wensen, intenties en gedachten. Dientengevolge hebben ze een gebrekkige zelf- en anderenrepresentatie. Deze inzichten leidden tot de *Mentalization Based Treatment* (MBT) van *Peter Fonagy* en *Anthony Bateman*. Er wordt in deze therapie uitgegaan van twee modi van omgang met de werkelijkheid die in een normaal ontwikkelingsproces geïntegreerd worden. In de equivalentiemodus worden gedachten en gevoelens gezien als een perfecte kopie van de werkelijkheid, wat gedacht en gevoeld wordt is echt en wat echt is wordt gedacht en gevoeld. In de alsof-modus staat wat gedacht en gevoeld wordt volledig los van de realiteit (zoals bv. het fantasiespel van het kind). Bij een rijpe mentalisatiefunctie zijn beide modi geïntegreerd. Dit is volgens deze theorie bij borderline patiënten niet het geval, dit als afweermecanisme om confrontatie met pijnlijke gedachten en gevoelens te vermijden. Hierdoor verkeren ze ofwel in een equivalentiemodus waar wat gedacht wordt te reëel en dus te pijnlijk is. Ze kunnen zich hier niet tegen beschermen door te mentaliseren (d.i. verklaringen zoeken voor de pijnlijke ervaring in termen van mentale toestanden) waardoor ze via concreet impulsief gedrag deze fysieke sensatie trachten teniet te doen. Het alternatief is dan de alsof-modus: een volledig losstaan van de werkelijkheid, wat zich bij hen vaak vertaalt in *dissociëren*.

19.2.6 Literatuur

- Anthony Bateman en Peter Fonagy, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization based treatment*, Oxford University Press, ISBN 0-19-852766-7
- Willem van der Does, *Zo ben ik nu eenmaal! Lastpakken, angsthazen en buitenbeentjes*, Scriptum Psy-

chologie, ISBN 90-5594-346-0

- Kreger, R. en Mason, P., *Leven met een borderliner. Een praktische gids* (tweede editie, 2010), Uitgeverij Nieuwezijds, ISBN 978 90 5712 305 4
- Krook, K., *Borderline de baas. Gids voor naastbetrokkenen*, HB Uitgevers, ISBN 90-5574-455-7
- Marsha M. Linehan, *Borderline persoonlijkheidsstoornis; handleiding voor training en therapie* - ISBN 90-265-1457-3
- Spaans, J. en Van Meekeren, E., *Borderline Hulpboek. Zelf leren omgaan met verschijnselen als impulsiviteit, heftige emoties en conflicten*, Boom, ISBN 90-5352-614-5
- Van Meekeren, E., *Alles of Niets, de Borderline-stoornis*, Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg Utrecht - ISBN 9789099607956
- Scheirs, J.G.M., en Bok, S. (2007). "Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder". In: *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203.
- Leenaert, S., *Andijvie met een plastic vork*, Clavis, ISBN 978 90 448 0989 3
- De Wachter, D., *Borderline Times*, Uitgeverij Lannoo, ISBN 978 90 209 9676 0
- Bracke, D., *Rollercoaster*, Davidsfonds Infodok, ISBN 978 90 590 8458 2

19.2.7 Memoires

- Susanna Kaysen - *Girl, Interrupted*. In 1999 verfilmd door James Mangold (zie: *Girl, Interrupted*).
- Ik ook van jou - Film met Angela Schijf die een meisje met het borderline-persoonlijkheidsstoornis speelt, naar een roman van Ronald Giphart.

19.2.8 Externe links

- Stichting Borderline
- Trimbos-instituut

19.3 Narcistische persoonlijkheidsstoornis

De **narcistische persoonlijkheidsstoornis** (NPS) is een persoonlijkheidsstoornis die wordt gekenmerkt door een overdreven gevoel van eigenwaarde, een sterke behoefte aan bewondering en een laag inlevingsvermogen. De stoornis kan worden gezien als de pathologische vorm van

narcisme. Naar schatting lijdt 0,7-1% van de bevolking aan NPS. De aandoening komt in meerderheid voor bij mannen (50-75% volgens het DSM-IV).

19.3.1 Kenmerken

Het is voor artsen en hulpverleners moeilijk te bepalen waar de grens tussen narcisme en de narcistische persoonlijkheidsstoornis ligt.

Personen die lijden aan een NPS kunnen in eerste instantie overkomen als charmant. Tevens kunnen ze zich interessant voordoen en zodoende kunnen ze op normale wijze relaties aangaan. Maar na verloop van tijd blijkt hun egocentrisme doorgaans een ernstig obstakel. Niet zelden eisen ze een voorkeursbehandeling. Als ze die niet krijgen, voelen ze zich snel gekrenkt of ondergewaardeerd en hierdoor zijn ze gevoelig voor een depressie. Anderzijds kan hun kwetsbaarheid ook tot woedeaanvallen leiden.

Het leven met iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis is meestal zwaar. Hun stoornis heeft een grote impact op de personen in hun directe omgeving. Iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis is voortdurend op zoek naar aandacht. Die aandacht houdt zijn broze zelfbeeld in stand en zij is van levensbelang voor de persoon. Om die aandacht te krijgen, kwetst de persoon al gauw de mensen die het dichtst bij hem staan, zoals de partner en kinderen.^[1]

De basis van NPS wordt in de jeugd of vroege volwassenheid gelegd. Vaak wordt de oorzaak gelegd bij misbruik of trauma's in de vroege jeugd, mogelijk veroorzaakt door de ouders, andere invloedrijke volwassenen of leeftijdsgenoten. In dit kader kan NPS worden gezien als een verdedigingsmechanisme dat op gevoelens van minderwaardigheid is gebaseerd.

19.3.2 Literatuurverwijzing

- Willem van der Does, *Zo ben ik nu eenmaal! Lastpakken, angsthazen en buitenbeentjes*, Scriptum Psychologie, ISBN 978-90-559-4346-3
- Marie-France Hirigoyen, *Pesten en treiteren - Psychisch geweld in het dagelijks leven*, Wereldbibliotheek, ISBN 978-90-284-1914-8

19.4 Theatrale persoonlijkheidsstoornis

De **theatrale persoonlijkheidsstoornis** (TPS) is een persoonlijkheidsstoornis die zich kenmerkt door overdreven emotionele uitingen en het zoeken van aandacht. De stoornis openbaart zich doorgaans in de vroege volwassenheid. TPS-lijdende personen komen in eerste instantie over als levendig, uitbundig, enthousiast, charmant, flirten veel

en zijn meestal in staat op hoog niveau te functioneren. Ze gebruiken **seksuele verleiding** en een opvallende kledingsstijl om aandacht te krijgen, ook als hun omgeving dit ongepast vindt. Als iemand echter te direct op hun avances ingaat, kunnen ze onzeker worden. Hun emotionele uitingen zijn vaak sterker dan in de context verwacht wordt. Ze worden onrustig, kwaad of depressief als ze naar hun oordeel te weinig aandacht krijgen. Vaak beschouwen ze hun persoonlijke relaties als diepgaander dan ze in werkelijkheid zijn. Hierdoor zijn ze vatbaar voor depressies. In ernstige gevallen kunnen korte **psychotische** episoden optreden.

De oorzaak van de stoornis is onbekend, maar mogelijk spelen jeugdtrauma's en **erfelijkheid** een rol. De aandoening wordt vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd. Dit kan samenhangen met het feit dat aandacht trekken en seksuele openheid in onze samenleving als minder acceptabel worden gezien voor vrouwen.

Theatraal gedrag overlapt soms andere stoornissen in cluster B.

Hoofdstuk 20

persoonlijkheidsstoornissen cluster C

20.1 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

naleving van regels en procedures, perfectionisme en overmatige ordelijkheid.

De **afhankelijke persoonlijkheidsstoornis** (APS) is een **persoonlijkheidsstoornis** die wordt gekenmerkt door een aanhoudende psychische afhankelijkheid van andere mensen. De beoordeling wanneer het gedrag van een 'afhankelijke persoon' ziekelijk wordt en er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, is subjectief. De diagnose is moeilijk, omdat rekening gehouden moet worden met allerhande culturele gegevens, bijvoorbeeld het rollenpatroon.

Omdat mensen met APS zeer veel behoefte aan bevestiging of goedkeuring hebben, doen ze enorm hun best om het anderen naar de zin te maken. Ze kunnen gefrustreerd raken omdat ze zich 'gedwongen' voelen om dingen te doen die ze eigenlijk niet willen of omdat ze geen uiting aan hun gevoelens kunnen geven. Hun overmatig afhankelijk gedrag kan relaties moeilijk of instabiel maken. Als een relatie wordt beëindigd, voelen zij zich vaak wanhopig en zijn niet in staat naar behoren voor zichzelf te zorgen. Ze hebben vaak een erg laag gevoel van eigenwaarde en zijn vatbaar voor andere psychische aandoeningen, met name depressie en angststoornissen.

Het DSM-IV definieert de afhankelijk persoonlijkheidsstoornis als een aanhoudende en overmatige behoefte om verzorgd te worden. Dit leidt tot zelfonderwerping, overdreven afhankelijk gedrag en verlatingsangst. De stoornis uit zich in de vroege volwassenheid in verschillende situaties.

20.2 Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

De **obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis**^[1] (OCPS), ook wel **obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis**^[2] en in het classificatiesysteem ICD-10 van de Wereldgezondheidsorganisatie **anankastische persoonlijkheidsstoornis**^[3] genoemd, is een persoonlijkheidsstoornis die wordt gekenmerkt door algemene psychologische inflexibiliteit, zeer strikte

20.2.1 Kenmerken

Mensen met OCPS zijn bijvoorbeeld vaak zuinig met geld, houden hun huis perfect op orde of willen taken niet delegeren, omdat ze bang zijn dat deze niet correct worden uitgevoerd. Moreel of ethisch gezien zijn er weinig of geen grijze gebieden: handelingen en opvattingen zijn volledig goed of volledig fout. Hun persoonlijke relaties verlopen moeizaam, omdat ze te hoge eisen stellen aan vrienden, partners en kinderen.

Mogelijke psychologische oorzaken zijn een kille, kritische of strenge houding van de opvoeders en een omgeving die nadruk op verantwoordelijkheid of schuld legt en weinig ruimte biedt voor spel en gevoel. Psychosociaal kan de oorzaak ook worden gezocht in een omgeving die overmatig streeft naar prestatie.

De behandeling is moeilijk. Deze is er doorgaans op gericht om de patiënt/cliënt te laten accepteren dat er andere meningen bestaan dan de zijne en dat er meer manieren zijn om een taak 'correct' uit te voeren. Het is hierbij van belang om te weten dat iemand veel of alle eigenschappen van de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis kan hebben zonder dat er sprake is van een stoornis. Dit is pas het geval als de persoon door zijn karaktereigenschappen ernstig lijdt, in conflict komt met zijn omgeving enzovoort.

OCPS wordt vaak verward met de **obsessieve-compulsieve stoornis** (OCS). Deze laatste aandoening is in het DSM-IV gecategoriseerd als een van de angststoornissen. De namen lijken weliswaar op elkaar, maar het zijn twee zeer verschillende aandoeningen. OCPS-lijdens hebben over het algemeen niet de neiging om rituele handelingen uit te voeren, terwijl dit juist een specifiek kenmerk van OCS is. OCPS-lijdens streven bovenal naar perfectionisme en voelen zich gespannen als dingen niet 'goed' of 'ordelijk' zijn.

20.3 Ontwikkende persoonlijkheidsstoornis

De **ontwikkende persoonlijkheidsstoornis** (OPS) is een persoonlijkheidsstoornis die zich kenmerkt door geremdheid en het gevoel minderwaardig te zijn. Tevens zijn mensen met OPS meer dan normaal gevoelig voor kritiek of een negatief oordeel.

20.3.1 Omschrijving

Mensen met deze aandoening beschouwen zichzelf als sociaal ondergeschikt of onaantrekkelijk. Ze hebben behoefte aan sociaal contact, maar vermijden dit uit angst om afgewezen te worden. De stoornis openbaart zich doorgaans in de vroege volwassenheid. Naar men aanneemt is de oorzaak afwijzing door ouders of leeftijdsgenoten (bv. pesten) in de vroege jeugd. Of de aandoening een gevolg is van sterke sociale controle in de jeugd, wordt nog onderzocht.

20.3.2 Onderzoek

Uit onderzoek blijkt dat mensen met OPS, net als mensen met een sociale fobie, zeer veel aandacht hebben voor hun eigen reacties in het sociale verkeer. In tegenstelling tot mensen met een sociale fobie letten ze echter ook sterk op de reacties van hun omgeving en heeft de problematiek een meer gegeneraliseerd karakter. De chronische stress waaraan men hierdoor komt bloot te staan is mogelijk de verklaring voor het weifelende taalgebruik en de zwijgzaamheid van OPS-lijdens. Men zou zo druk zijn met het wegen en beoordelen van sociale interacties dat het verbaal eraan deelnemen erbij inschiet. Niet alle wetenschappers zijn er overigens van overtuigd dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen OPS en sociale fobie. Een onderzoek uit 2005 concludeert bijvoorbeeld dat de twee stoornissen in wezen in gradatie verschillende uitingen van één stoornis zijn.^[1]

20.3.3 Geschiedenis

De eerste vermeldingen van OPS dateren uit het begin van de twintigste eeuw, al kreeg het pas vele jaren later de benaming *ontwikkende persoonlijkheidsstoornis*. In zijn werk uit 1911 genaamd *Van Dementia Praecox tot de groep van schizofrenieën* beschreef de Zwitserse psychiater Eugen Bleuler patiënten die kenmerken van OPS vertoonden. Ontwikkende en schizoïde patronen werden vaak met elkaar verward of als synoniemen gebruikt totdat de Duitse psychiater Kretschmer in 1921 een onderscheid maakte. Dit onderscheid maakte hij met behulp van de eerste relatief volledige beschrijving die hij zelf had opgesteld.

20.3.4 Kenmerken

Mensen met een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis worden volledig in beslag genomen door hun eigen tekortkomingen. Ze vormen enkel relaties met anderen als ze ervan overtuigd zijn dat ze niet afgewezen zullen worden. Verlating en afwijzing is voor mensen met OPS vaak dermate pijnlijk dat ze er nog liever voor kiezen om eenzaam te zijn dan dat ze proberen contacten aan te gaan. Mensen met OPS kunnen de volgende kenmerken vertonen:

- Overgevoeligheid voor afwijzing/kritiek
- Zelfopgelegd sociaal isolement
- Extreme verlegenheid of angst in sociale situaties, al heeft men een sterk verlangen naar hechte relaties
- Vermijden van lichamelijk contact omdat dit in verband gebracht wordt met onaangename of pijnlijke prikkels
- Gevoelens van onbekwaamheid
- Een extreem laag zelfbeeld
- Zelfhaat
- Wantrouwig naar anderen toe
- Emotioneel afstandelijk wat betreft intimiteit
- Uiterst zelfbewust
- Zelfkritisch over hun problemen met betrekking tot anderen
- Problemen in het beroepsmatig functioneren
- Zichzelf beschouwen als eenzaam, al vinden anderen de relatie met de OPS-lijder misschien wel zinvol
- Gevoelens van minderwaardigheid naar anderen toe
- Het gebruiken van fantasie als een vorm van escapisme om zo pijnlijke gedachten te stoppen
- In extreme gevallen soms agorafobie

20.3.5 Oorzaken

Er zijn tot nu toe nog geen duidelijke oorzaken vastgesteld. Men vermoedt dat een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis ontstaat door een combinatie van sociale, genetische en psychologische factoren. Er is mogelijk een verband tussen de ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis en erfelijke temperamentsfactoren. Met name verschillende angststoornissen die zich tijdens de kindertijd en jeugd openbaren kunnen in verband worden gebracht met een temperament dat gekenmerkt wordt door gedragsmatige geremdheid (gedragsinhibitie), verlegenheid, angst,

en terughoudendheid in nieuwe situaties. Deze erfelijke kenmerken vormen mogelijk een genetische aanleg voor OPS. Emotionele verwaarlozing op jonge leeftijd en afwijzing door leeftijdsgenoten wordt eveneens in verband gebracht met een verhoogd risico op de ontwikkeling van OPS.

20.3.6 Subtypes

Psycholoog **Theodore Millon** merkte op dat de meeste patiënten, naast de symptomen van hun primaire persoonlijkheidsstoornis, ook symptomen van één of meerdere secundaire persoonlijkheidsstoornissen vertonen. Volgens Millon kan de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis in vier subtypen onderverdeeld worden:

20.3.7 DSM-IV classificatie

Het **DSM-IV** definieert de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis als een aanhoudend patroon van sociale geremdheid, gevoelens van minderwaardigheid en een overgevoeligheid voor negatieve beoordeling. De stoornis uit zich in de vroege volwassenheid in verschillende situaties.

20.3.8 Behandeling

De ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wordt behandeld met verschillende technieken, waaronder sociale vaardigheidstraining, cognitieve gedragstherapie, exposure-therapie om geleidelijk aan sociale contacten op te bouwen, groepstherapie om sociale vaardigheden te oefenen, en soms medicatie. Het vertrouwen van de patiënt krijgen en behouden is van essentieel belang, aangezien mensen met OPS geneigd zijn therapie sessies te vermijden als ze de therapeut niet vertrouwen of bang zijn afgewezen te worden. Het voornaamste doel van zowel individuele therapie als groepstherapie is het uitdagen en corrigeren van de negatieve gedachten (patronen) van de patiënt.

Hoofdstuk 21

Tekst-en beeldbronnen, medewerkers en licenties

21.1 Tekst

- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders?oldid=45607045 *Bijdragers*: Evanherk, Inca, Bemoeial, LennartBolks, Carol Fenijn, HooftBot, Robbot, RobotE, Edwtie, Wildt-nlwiki, Michiel1972, Tintoretto, Mdd, Lexw, Ronn, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Wikix-oud, Johjak, RoboRex, Richardw, Johann Gambolputty, Christoffel K, Paul-MD, DéRahier, Dartelaar, Jeroenbot, RonaldB, Aleichem, Dolledre, Nicolas Barbier, Gerbennn, WillBot, Oakey, Verrekijker, Sumurai8, Food, Hans B., Snailer, Mexicano, ZndX, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Hajo, Johan Kwisthout, Escarbot, Bever, Maiella, Tuganax, Ciell, Ben Meijer, Paul B, Erikvank, JAnDbot, Basvb, Rfpdewinter, MoiraMoira, Look Sharp!, Meesp, VanBuren, Woudpiek, TXiKiBoT, VolkovBot, Minerva21, Mork, Wimpus, Tenth Plague, Tachtig-nlwiki, Lova Falk, Den Hieperboree, Wutsje, Zorrobot, GrouchoBot, 10enneagram, Wickey, Toth, Species8473-nlwiki, Jacobodorus, Broadbot, CarsracBot, Pompidom, Kwiki, JanB46, Machteld1, Lucas-bot, MrBlueSky, Nallimbot, Zxobot, Flurps, ArthurBot, Theobald Tiger, Mathonius, Enkidu1947, Xqbot, RibotBOT, Spraakverwarring, Utrechtse, RedBot, TobeBot, ErikvanB, Jc kortekaas apotheker, Gasthuis, DixonDBot, EmausBot, Pimvolkert, ChuispastonBot, Thomascrombez, MerllwBot, Lientje111, Ed Lane, ZeaForUs, Morrisson-nlwiki, Legobot, Nnette69, Rappeldo, Bepsy777, DiamantBot en Anoniem: 55
- **Ontwikkelingsstoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Ontwikkelingsstoornis?oldid=44720805> *Bijdragers*: Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Tobislav, Guss, SieBot, LeRoc, Vis met 1 oog, TXiKiBoT, Wimpus, Richardkiwi, B222, Wuser-nlwiki, Nallimbot, De Wikischim, Xqbot, RomaineBot, Utrechtse, WikitanvirBot, Addbot, Egyptoloog en Anoniem: 1
- **Mentale retardatie** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Mentale_retardatie?oldid=45978528 *Bijdragers*: Andre Engels, Patrick, Evanherk, Bemoeial, Muijz, HooftBot, Robbot, Torero, Inge Habex, Johan Lont, Chris, Rasbak, Edwtie, Hvjannes, Tintoretto, Laban, RobotMichiel1972, Henks, HetKantoor, Tdevries, Tfa1964, RobotQuistnix, Tomgreet, Edoderoo, RoboRex, Door de wol gevefd, Paul-MD, Xaviervd, Obarskyr, RonaldB, Aleichem, Huijts, Quichot, Maniago, Kleuske, Gerbennn, Aanmelden, Melsaran, Robb, JorisvS, Roelzzz, Soczyczi, .Koen, Jvherlum, CrazyPhunk, SieBot, Vanderpluijm, Thijs!bot, Edwinb, Aiko, Escarbot, Maiella, Ciell, JAnDbot, Milkcrisp, Biep, Liekske, Johan N, MoiraMoira, Fredknoks, Rei-bot, Narayan, Mrgreen71, WarddrBOT, TXiKiBoT, Lymantria, Handige Harrie, Aibot, Japiot, VolkovBot, BotMultichill, Zwisser123, TimDW, Wimpus, AlleborgoBot, Vacio, Balaam's Miracle, Wutsje, Vinvlugt, Zorrobot, Koosg, Kthoelen, DustSpinner, Noud Willemse, RonnieV, Toth, JurgenNL, Akoopal, JanB46, Lucas-bot, MrBlueSky, Ptbotgourou, JZ85, Flurps, Hoopje, MauritsBot, ArthurBot, TaBOT-zerem, Mathonius, Rrdoomernik, Xqbot, DumZiBoT, RomaineBot, Wiki13, Heureka, RedBot, TobeBot, ErikvanB, Fri3-nlwiki, TjBot, Queeste, WinContro, Denkhken, EmausBot, ZéroBot, JoyceK89, JongenL, Frankvennegoor, Sikjes, Rezabot, Btwint, Grmbl76, Minsbot, Borluut, Natuur12, Zilvergloed, Legobot, Marina787, Atsje, Jepz11, Yoloboyke69, MatthijsWiki, Napolitin, Stoffank, DinFag en Anoniem: 110
- **Dyslexie** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Dyslexie?oldid=46094290> *Bijdragers*: Andre Engels, Ellywa, Evanherk, Solange-nlwiki, Jan Lapère, Jürgen, Pit-nlwiki, Fruggo, Bemoeial, Cicero-nlwiki, HooftBot, Advance, Robbot, Inge Habex, Oscar, RobotE, Siebrand, Chris, Rasbak, MartinD, Taka, DexieBoy, Mwpnl, Michiel1972, Ano niem, Bean 19, O E P-nlwiki, Sietske, GWirken, Robotje, FoekeNoppert, RobotMichiel1972, Mysha, Lexw, Ype, Pjetter, Ronn, HetKantoor, Fuss, KlaasZ4usV, RobotQuistnix, Henna, T Houdijk, Joost, Edoderoo, Just a member, Gpvsbot, RoboRex, Door de wol gevefd, Vertrokken, Peter b, Knuga, Johann Gambolputty, Dolf Beijers, Annabel, Troy, Christoffel K, Paul-MD, Tuvic, Jeroenbot, RonaldB, Dolledre, Onderwijsgek, YurikBot, Eve, Janwiki-nlwiki, Apdency, FlaBot, BotOx, The Banner, Maniago, Kleuske, Ninane, Emiel, Jaap Pelt, SanderK, Melsaran, Thomas-, Chlewbot, Loek037, Gemertp, Robb, Clausule, Emmelie, Floris V, Kazz1980, Brinkie, Mexicano, Yugioh, Hansmuller, Peronista, EdBever, .Koen, Mbch331, Jvherlum, Morax, Thijs!bot, Joris, Edwinb, Aiko, Erik Baas, Tukka, TOM, Ciell, Sint Aldegonde, Mette, JAnDbot, Basvb, Mpm, MoiraMoira, Albert Kok, Ken123, Look Sharp!, Dr. Dyslexie, Wouterjanss, VanBuren, Narayan, AnnabelsBot, TXiKiBoT, Lymantria, VolkovBot, Miellyn, Wegwezen, Jazztie, GijsvdL, MetalDante, Wimpus, Lolsimon, Sander1453, Freaky Fries, Bangkok, Den Hieperboree, Wutsje, Lidewij C J., Skarman-nlwiki, GrouchoBot, Velocitas, Timk70, Mwater-nlwiki, MwpnlBot, Wim Van den Broeck, RonnieV, Mx9, Purbo T, BodhisattvaBot, Toth, JurgenNL, CarsracBot, Pompidom, Kwiki, JanB46, MastiBot, Dqfn13, Lucas-bot, MrBlueSky, Marrakech, Jakobus9-nlwiki, Mathonius, GhalyBot, Compro, Pompidombot, Anne61, RomaineBot, Wiki13, Broeckwvd, TobeBot, Melanie70, TBloemink, Jand12, JurriaanH, ErikvanB, KamikazeBot, Queeste, WinContro, Denkhken, Asimov, EmausBot, Chielbuseyne, WikitanvirBot, ChuispastonBot, BakkertjeWouter, Mjbmrbot, Delay, ChrisN, Joopwikibot, Kool1678, Lientje111, Techno, Timotj55, ZeaForUs, Grmbl76, Jbeemster, Larsnl, Maartenschrijft, Addbot, Atsje, MatthijsWiki, D.J.G. de Laat, JulieHouben en Anoniem: 209
- **Dyscalculie** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Dyscalculie?oldid=46197704> *Bijdragers*: Ellywa, Fruggo, Falcongj, Robbot, Bontenbal, MartinD, Michiel1972, Ano niem, Robotje, RobotMichiel1972, Itsme, Alex1, HetKantoor, Tfa1964, Lieven Smits, Dolfy, RobotQuist-

- nix, Ed de Jonge, Galwaygirl, Algont, RoboRex, Door de wol gevefnd, Onderwijsgek, Daka, FlaBot, Maniago, Kleuske, Eskimbot, Emiel, Loca pixie, Robb, Brinkie, Peronista, Thijs!bot, Patu nl, Madyno, Erik1980, MoiraMoira, Rei-bot, Look Sharp!, DorganBot, TXiKiBoT, Lennartgoosens, SAMnl, Groucho NL, GrouchoBot, Jayne, CarsracBot, MastiBot, Gezondheidshoekje, Luckas-bot, RomaineBot, Wiki13, ErikvanB, ReinaartBot, MexicanoBot, Mdejager, Poodu, WikitanvirBot, YFdyh-bot, Silvy103, Addbot, Bepsy777 en Anoniem: 35
- **Dyspraxie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Dyspraxie?oldid=45848116> *Bijdragers:* Ellywa, Bemoeial, Robbot, Inge Habex, Kattenkruid, Chris, MartinD, Michiel1972, Ano niem, Quistnix, Robotje, RobotMichiel1972, Itsme, HetKantoor, RobotQuistnix, Gpvosbot, Door de wol gevefnd, Magalhães, Christoffel K, RonaldB, Dolledre, Onderwijsgek, Kleuske, RobotTbc, Emmelie, Mexicano, Peronista, SieBot, Thijs!bot, Davin, MoiraMoira, AleichemAWB, Look Sharp!, Lymantria, AlleborgoBot, Richardkiwi, Maarten1001, DrJos, Toth, JurgenNL, CarsracBot, JanB46, Luckas-bot, Hartenhof, ArthurBot, Xqbot, DumZiBoT, RomaineBot, Trijnstel, ErikvanB, Sopkok, ChuispastonBot, Joopwikibot, EnricoKolk95, FranklyMyDear..., Warriorcats, Legobot, Wwian1, Ann Desmyter, Jolijn111 en Anoniem: 39
 - **Stotteren** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Stotteren?oldid=45330855> *Bijdragers:* Andre Engels, TeunSpaans, Ellywa, Fruggo, Cicero~nlwiki, Jeroen, Falcongj, Advance, Robbot, Inge Habex, RobotE, Bob.v.r, Siebrand, Chris, RonaldW, Michiel1972, RobotMichiel1972, Avانبijleveld, Pjetter, HetKantoor, RobotQuistnix, Effeietsanders, LimoWreck, Justhg, MADE, Edoderoo, Algont, RoboRex, Door de wol gevefnd, Vertrokken, Paul-MD, Obarskyr, RonaldB, Ietskleiner, Dolledre, YurikBot, Eve, Adrie van der Horst, ArjenW, Apdency, Maniago, Kleuske, Eskimbot, SanderK, Flying DutchJan, Chlewbot, Lampje, Robb, Peti me, Sjsv, Fontes, Gerbot, Mexicano, EdBever, .Koen, Zal ik niet zeggen, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, AdnergjeBot, Erwin85Bot, Adam P, Erik1980, Davin, Vis met 1 oog, Knudde Kjell, JAnDbot, Johan N, MoiraMoira, CrazyPhunkbot, Joost 99, Drieskie, Look Sharp!, DodekBot, Narayan, Droes, PimRijkee, AnnabelsBot, Rudolphous, Michielvd, Lymantria, Aibot, Japiot, VolkovBot, R.schwab, Waarheid, Jansch, GijsvdL, Prlwytkofski, LarzBot, ARVER, AlleborgoBot, Rietvogel, Busspotter, Den Hieperboree, Speecheasy, Fenke, De Taalagent, Delferro, Cortez, Danyo, Ilse Winter, Greenday2, Blueknight, Toth, Joriscastermans, JurgenNL, PeHa, CarsracBot, Pompidom, Akoopal, Kwiki, Eryque, LinkFA-Bot, Lascorz, Dqfn13, Habo105, MrBlueSky, Japiobot, Peterson, Ssst, De Wikischim, Rrdoomernik, FoxBot, Astrovic, Compro, RibotBOT, RomaineBot, Wierse, Wiki13, JurriaanH, ErikvanB, KamikazeBot, Queeste, WinContro, Janheugel, EmausBot, Poodu, Molen17, ZéroBot, Jelmerrs, Rheeres1975, WikitanvirBot, Lotje, Joopwikibot, DirkVE, MerlIwBot, LRZ246, Alectheman, Rarnnammon, ElfjeTwaalfje, Roeltjuuuh, Makecat-bot, YFdyh-bot, Legobot, Stottercentra, NFS~nlwiki, Bertbast, Atsje, BSV Belgische Stottervereniging, MatthijsWiki en Anoniem: 105
 - **Pervasieve ontwikkelingsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Pervasieve_ontwikkelingsstoornis?oldid=44311044 *Bijdragers:* Andre Engels, Ellywa, Arent, Bemoeial, HooftBot, Inge Habex, Oscar, Ano niem, Quistnix, Tintoretto, RobotMichiel1972, Mdd, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Effeietsanders, Just a member, RoboRex, Johann Gambolputty, Dolledre, Maniago, RobotTbc, Ravingwolf, Zielknijper, Quant~nlwiki, Mexicano, Prikkelarm, SieBot, Thijs!bot, Rikvado, Maiella, Ciell, Rob verschuuren, VolkovBot, BodhisattvaBot, JanB46, MrBlueSky, Ptbodygourou, Cumgranosalis, Smile4ever, RomaineBot, Raast, Molen17, De Jaren, MerlIwBot, Addbot en Anoniem: 16
 - **Autistische stoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Autistische_stoornis?oldid=44984712 *Bijdragers:* Romaine, Bemoeial, Advance, Robbot, Känsterle, Quistnix, Bean 19, Tintoretto, RobotMichiel1972, Itsme, RJB, Bthv, MWAK, Pjetter, Snafje, HetKantoor, Dolfy, Galwaygirl, Joost, Edoderoo, RoboRex, Johann Gambolputty, Onderwijsgek, Maniago, Kleuske, Robb, Mexicano, Hajo, Maiella, Ciell, MoiraMoira, Rob verschuuren, Grashoofd, Fenke, MwpnlBot, PaulSeveral, Wuser~nlwiki, Blueknight, CarsracBot, Floris5, Ziyalistix, JanB46, MrBlueSky, Spock~nlwiki, JZ85, Rrdoomernik, Diamant, Spraakverwarring, RomaineBot, Heureka, ErikvanB, Yassimba, CapacciBot, Queeste, Enpointe4, Molen17, Lotje, NederlandMijnVaderland, Nietanoniem, MatthijsWiki en Anoniem: 33
 - **Syndroom van Rett** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_Rett?oldid=46083616 *Bijdragers:* Evanherk, Bemoeial, Advance, Robbot, Inge Habex, Quistnix, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Dandy, RoboRex, Richardw, Dartelaar, YurikBot, Edelhart, Thijs!bot, .anacondabot, Liekske, CommonsDelinker, VolkovBot, Wimpus, AlleborgoBot, Gerakibot, Louperibot, Wutsje, Richardkiwi, PipepBot, Zorrobot, GrouchoBot, B222, Alexbot, Túrelío, MystBot, Rrdoomernik, FoxBot, Goodness Shamrock, Mastadc, RomaineBot, Voortman, CapacciBot, MexicanoBot, EmausBot, Molen17, JackieBot, MerlIwBot, Addbot, Cdk15 en Anoniem: 16
 - **Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Desintegratiestoornis_van_de_kinderleeftijd?oldid=45870679 *Bijdragers:* Bemoeial, Inge Habex, Edwtie, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Richardw, Johann Gambolputty, SieBot, Thijs!bot, BotMultichill, Wimpus, AlleborgoBot, Idioma-bot, GrouchoBot, B222, JurgenNL, Ptbodygourou, Erik Wannee, RomaineBot, Molen17, HRoestBot, Ripchip Bot, MerlIwBot, Addbot, RallyKat en Anoniem: 2
 - **Syndroom van Asperger** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_Aasperger?oldid=4555446 *Bijdragers:* Andre Engels, Mahjongg~nlwiki, KoenB, Ellywa, Evanherk, Lvg, Fruggo, Bemoeial, Cicero~nlwiki, LennartBolks, Kristof vt, Puckly, Aliter, Advance, Robbot, GerardM, Bartux, McDutchie, Inge Habex, Kattenkruid, BlueBart, Oscar, Geus, RobotE, Siebrand, Chris, MartinD, Edwtie, Thiois, Mwpnl, Michiel1972, Ano niem, Quistnix, Hstoffels, O E P~nlwiki, Tintoretto, CaAl, Hardscarf, Speur, RobotMichiel1972, Sjorssnors, Mdd, Itsme, Lexw, Johannes49, Joep Zander, Pieter1, Pjetter, Arienh4, Snafje, Ronn, HetKantoor, MigGroningen, Egel, Tdevries, Karoma, Steinbach, Fuss, Gpvos, Dolfy, RobotQuistnix, Justhg, Galwaygirl, Tomgreep, Edoderoo, Just a member, RoboRex, Andries B., Door de wol gevefnd, Vertrokken, Husky, Kwibus, Willemo, Johann Gambolputty, Christoffel K, Obarskyr, RonaldB, Corriebert, Jalkema, Dolledre, Onderwijsgek, YurikBot, Eve, Daka, °, Maniago, Kleuske, BesselDekker, Gerbennn, Ninane, Joël, Pjman, SanderK, Sarcelles, AvB, Caudex Rax, Alca Isilon, Loek037, Edelhart, Gerben1974, Emmelie, Martinb1987, Snailer, Floris V, Fontes, Mexicano, Soczycki, Ben Pirard, Akira, DennisPeeters, Prikkelarm, Hansmuller, EdBever, Stormbeest, Boskoyevsky, Jvhertum, Jasperdoomen, SieBot, SterreHart, Rutger2, Thijs!bot, Edwinb, Erwin85Bot, Hajo, Rp, Valhallasw~botje, Axiomatic Maniac, BLACKADDER, Starling~nlwiki, Madyno, Maiella, Sustructu, Ciell, FakirNL, Davin, Sleepybag, Paul B, JAnDbot, A Duck, Johan N, MoiraMoira, Luctor, CrazyPhunkbot, Btbodygourou, Dennis Lammers, YoshiDaSilva, Look Sharp!, Hoebele, BramTone, Woudpiek, DorganBot, Pieter Bart, Quasarq~nlwiki, Martijnwiggers, Japiot, Voni~nlwiki, Neushorn, GijsvdL, BotMultichill, Markmark2, RenéV, 3wisemen, VanBeem, Lennartgoosens, Wimpus, Marina66, AlleborgoBot, Siemdepiem, Vacio, Idioma~bot, DaBot~nlwiki, ThaFizzy, Goudsh, UIC2, Infernox, Louperibot, JCIV, Cyclops1974, Groucho NL, Wutsje, Richardkiwi, DNaku, Zorrobot, Just2eyes, GrouchoBot, Beetjedwars, Fenke, Swordsman3311, Wybot, Iamthestig, Jasper Coenraats, The Seventh Taylor, Carsrac, Jari94, Gamut, Ilse Winter, Nico1952, Capaccio, Wuser~nlwiki, Blueknight, Greatgriffin, MelancholieBot, PeHa, SjorsXY, Pompidom, Floris5, Mariellevanburik, Ziyalistix, JanB46, Sabbrabells, LinkFA-Bot, Nauddefjbot, Luckas~bot, Amirobot, MrBlueSky, Xeranos, Goudsbloem, Spock~nlwiki, Galoubet, JZ85, ChenzwBot, MauritsBot, RodoNet, Peterson, ArthurBot, NicolasHallensis, Ervaren, BKannen, Mathonius, De Wikischim, Vorkje, Sjorsxeny, FoxBot, Xqbot, Pompidombot, Mastadc, RomaineBot, Hijlijst23, Wele~nlwiki, Wiki13, Infowriter, Nzpostit, Arjen Gerritsen, Heureka, RedBot, Whimpy, Amphicoelias, JurriaanH, ErikvanB, WinContro, HikiCulture, MexicanoBot, EmausBot, Savh, Molen17, AstaBOTH15, Bitmaster, ChuispastonBot, Literatuurinfo, Movses~bot, Chiya, MerlIwBot, R369, LI-3052, Nummer 12, Dexbot, Legobot, Bastenelzen, Mythic Writerlord, Mipmuyd, JanCK Fietser, KehppKukkieBot en Anoniem: 258

- **PDD-NOS** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/PDD-NOS?oldid=45436528> *Bijdragers:* Pampiertje, Bemoeial, Cicero-nlwiki, Jan Arkesteyn, Serassot, Advance, GerardM, Inge Habex, Oscar, RobotE, Saviour, Thiois, Ano niem, Quistnix, RobotMichiel1972, Lexw, MaartenT, Pjetter, Snafje, Ronn, HetKantoor, Steinbach, Jcb, Quertyus, Galwaygirl, Edoderoo, Algont, RoboRex, Richardw, Willemo, Johann Gambolputty, Christoffel K, ArKal, Dartelaar, Tubantia, Dollede, Moondust, Kalsermar, Maniago, Kleuske, Ninane, PepijnvdG, Caudex Rax, Robb, Bram Hartveld, JFD-nlwiki, G.Lanting, Floris V, Brinkie, Arthas-nlwiki, Mexicano, Wnauta, Simeon, Prikkelarm, Mbch331, Jvherstum, Lex vB, SieBot, Thijs!bot, Aiko, Bever, JePeAWB, Maiella, A Duck, Sulkava, MoiraMoira, Rob verschuuren, Heavyuser, Georic, YoshiDaSilva, Look Sharp!, Waldorfer, VolkovBot, KKoolstra, GijsvdL, RenéV, 3wisemen, Nini123, RubySS, Phenoss, Jolande P2, Ken123BOT, Mrpddnos-nlwiki, Dumil, Zorrobot, GrouchoBot, Fenke, Nederduivel, Trijntje-nlwiki, Capaccio, Wuser-nlwiki, Blueknight, MelancholieBot, Floris5, Kwiki, JanB46, Psybol, Jeroentje kool, MrBlueSky, JZ85, Marrakech, ArthurBot, Martottenheim, Rrdoomernik, FoxBot, SassoBot, RibotBOT, Olivier Bommel, Erik Wannee, RomaineBot, WikiRob, Wiki13, Infowriter, Melanie70, TBloemink, Queeste, Molen17, Sjoerddebruin, ChrisN, CuteMina, Joopwikibot, MerlIwBot, Legobot, Ansjovis86, Atsje, Robbit0045, Vincent5442 en Anoniem: 95
- **ADHD** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/ADHD?oldid=46039131> *Bijdragers:* Andre Engels, Walter, Fransvannes, Ellywa, Evanherk, Rob Hoof, Laurier, Inca, Romaine, Bemoeial, Cicero-nlwiki, Jeroen, Kliek, Muijz, HooftBot, Advance, Robbot, Torero, Landriessen, Laudaka, Inge Habex, Kattenkruid, Oscar, RobotE, Dinsdagskind, Chris, MartinD, Michiel1972, Ano niem, Quistnix, Tr606, MichielDMN, CaAl, Hardscarf, RobotMichiel1972, Coredump-nlwiki, Mdd, Itsme, Lexw, Vor0nwe, Francis Schonken, Ype, Pieter1, Pepsi-nlwiki, Ilse(a), Ronn, HetKantoor, Tdevries, Dolfy, Evil berry, RobotQuistnix, Rex, Galwaygirl, Henna, Tomgreep, Venullian, Joost, Robert Prummel, MADe, Edoderoo, RobotJcb, Gpvosbot, Ed Stevenhagen, Johjak, RoboRex, Kamu, Door de wol geverfd, Daedalus-nlwiki, Servien, Vertrokken, BotEmpoor, Peter b, Klaas1978, KokoBot, Johann Gambolputty, Christoffel K, Xaviervd, Gil heuvelmans, DéRahier, Dartelaar, Tuvic, Obarskyr, RonaldB, Aleichem, Zwobot, Dollede, Onderwijsgek, GeeKaa, Diogenes, YurikBot, Keimpe Dijk, Eve, Technische Fred, WH1953, Agency, FlaBot, Itsramon, Flint-nlwiki, Ms2ger, Alankomaat, Maniago, Kleuske, Gerbennin, WillBot, Ninane, Fr33ke, Elbereth, SanderK, Josq, RoboDick-nlwiki, Wybe, Erwin, Caudex Rax, Loek037, GiantTalos, Zommes, Adnergje, Food, Jeroen VdE, Nick1983, Hans B., Foxie001, Snailer, Fontes, Lost, Mark in wiki, Brinkie, Jeroen m, Frank kessel, Juglen, Mexicano, Clemens de Lange, Simeon, Simon-sake, Kameraad Pjotr, EdBever, Randyyy, .Koen, Mbch331, Jvherstum, WikiFB2, SieBot, FabioDekker, Thijs!bot, Edwinb, Aiko, Titusmars, Tukka, Anasini siktigim, Obarskyr Bot, Blub (hernoeemd), Dobby-fc, Escarbot, Die engerd uit de film, Maiella, Magere Hein, Sustructu, Ciell, FakirNL, Fernand Haesbrouck, Nelsinho, Blue Dragon-nlwiki, JAnDbot, WeiaR, Arnolduszelf, Sulkava, Handige Harry, Johan N, MoiraMoira, BotteHarry, CommonsDelinker, T. roffel, Chantal borsboom, Ioorz, Zzziggyman, JeffOnDaRockz, Look Sharp!, GoodEsmeralda, OekelWm, Wouterjans, Primaxyes, Woudpiek, DorganBot, Rudolphous, Bert56, TXiKiBoT, Lymantria, Handige Harrie, Japiot, VolkovBot, Drirpeter, MartijnArms, Neushorn, GijsvdL, Ejhoekstra, RenéV, 3wisemen, Admlange, Myfactory, Wimpus, Yfbos, Jurre Pieter, Bobthemagnificent, Gerakibot, Freaky Fries, Jolande P2, Epi-nlwiki, Bubke-nlwiki, Rob Huijben, Tjoppy, Kornrelez-zz, Wutsje, Richardkiwi, BjornR, Vinvlugt, Zorrobot, Kmach, Lidewij C J., Koosg, WDVLD, GrouchoBot, ArjanH, Haddendaddendoe-denda, Jasper Coenraats, Vliegenmepper, Igi-nlwiki, Jarii94, Frank4u44, Mkleen, DrJos, Forrestjunky, Dennispostma, Greenday2, StijnX, RonnieV, BodhisattvaBot, Valere.goeminne, Quackpack, Wickey, Toth, Taketa, Alecs.bot, Ruiterprins, Megaman en m, JurgenNL, Rubal1, Daperedodo, Pompidom, Kwiki, JanB46, Cathelijne Wildervanck, Beestje, Oldgangster118, Lucia Nassy, Hyperdepiep, Lucas-bot, Wickey-nl, MystBot, Amirobot, MrBlueSky, Goudsbloem, Nallimbot, Jan Kol, Japiobot, Vandermeijden, MauritsBot, Peterson, ArthurBot, Apoo, RudolphousBot, Theobald Tiger, Umburana, Rijmbrandt, BKannen, Schang1984, Mathonius, Rrdoomernik, Kippenvlees1, Xqbot, Japie01, Meerdervoort, Tommpower, SassoBot, Loesje11, Murf, Marcel66, Pompidombot, Spraakverwarring, Smile4ever, Erik Wannee, RomaineBot, BenzoBot, Trijnstel, Wiki13, Nzpostit, RedBot, TBloemink, Woodcuttery, JurriaanH, ErikvanB, ReinaartBot, KamikazeBot, Jc kortekaas apotheker, TjBot, Ron1077, Queeste, WinContro, EmausBot, Kadeike, OORolloo, Vernoeiming, Adhdsymptomen, Chielbuseyne, Aatjuuh, Foksie97, Delay, Sjoerddebruin, Lotje, Joopwikibot, SuperDerrie, MerlIwBot, Anna clasina, Martinrozema, FerryO, Malinka1, Grmb176, Jordy ketels, Admiral7, Henk Boelens, Kitabronda, Ad Huikeshoven, Sandervangur123, GMBraddally, PBoswinkel, Legobot, Nietanoniem, Atsje, Kronkelwilg, Selime, Hanscees, Autofentieldopje, Supersimon969, Atcovi, MatthijsWiki, Wwian1, Chröer, Andrawaag, Dvey8, Hallatad, Celine200122 en Anoniem: 367
- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Oppositieel-opstandige_gedragsstoornis?oldid=39065860 *Bijdragers:* Andre Engels, Laudaka, Inge Habex, MartinD, Edwtie, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, RonaldB, Onderwijsgek, YurikBot, Apendency, The Banner, Maniago, Robb, JorisvS, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Ciell, Lambol404, WarddrBOT, BotMultichill, Erwin85TBot, Louperibot, Richardkiwi, GrouchoBot, Menke, JanB46, MystBot, MrBlueSky, Nallimbot, Yonidebot, SassoBot, RomaineBot, RedBot, Melanie70, Queeste, John Campo, EmausBot, BakkertjeWouter, Eddriesen, Meesgroep8, Addbot en Anoniem: 18
- **Antisociale gedragsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Antisociale_gedragsstoornis?oldid=45839697 *Bijdragers:* Andre Engels, Cicero-nlwiki, Advance, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, Johann Gambolputty, Onderwijsgek, LeonardoRob0t, VolkovBot, BotMultichill, Loveless, GrouchoBot, Wybot, CarsracBot, Pestus, Lucas-bot, MystBot, RedBot, Woodcuttery, ErikvanB, Molen17, ZéroBot, Mentibot, Rezabot, Makecat-bot, Addbot, RallyKat en Anoniem: 3
- **Pica (gedrag)** *Bron:* [https://nl.wikipedia.org/wiki/Pica_\(gedrag\)?oldid=46026619](https://nl.wikipedia.org/wiki/Pica_(gedrag)?oldid=46026619) *Bijdragers:* Ellywa, Evanherk, Bemoeial, Serassot, Robbot, Inge Habex, RobotE, Michiel1972, RobotMichiel1972, HetKantoor, Gpvos, RobotQuistnix, Edoderoo, RoboRex, Klaas1978, Johann Gambolputty, FlaBot, Kleuske, Eskimbot, Edelhart, Vincenthendriks, SieBot, Bepp, Thijs!bot, Vis met 1 oog, Bor Komorovski, MoiraMoira, Rei-bot, Xyzy, VanBuren, Lymantria, Japiot, VolkovBot, BotMultichill, RenéV, AlleborgoBot, Vels, Loveless, GrouchoBot, PixelBot, Alexbot, Toth, Lucas-bot, MrBlueSky, Japiobot, RomaineBot, Woodcuttery, EmausBot, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, Rezabot, Hnapel, Addbot, Egyptoloog, DotyMcFear13, Jürgen Eissink en Anoniem: 20
- **Ruminatiestoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Ruminatiestoornis?oldid=44720451> *Bijdragers:* Johann Gambolputty, Kleuske, Jvherstum, Paul B, Japiot, BotMultichill, Tenth Plague, Japiobot, De Wikischim, Xqbot, Dexbot, Egyptoloog en Marseloris
- **Ticstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Ticstoornis?oldid=44720887> *Bijdragers:* HetKantoor, Algont, Hobbema, MerlIwBot, Addbot en Egyptoloog
- **Syndroom van Gilles de la Tourette** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_Gilles_de_la_Tourette?oldid=46165684 *Bijdragers:* Walter, Ellywa, Bemoeial, Advance, Robbot, GerardM, Inge Habex, Oski, RobotE, Bob.v.R, Siebrand, Chris, Ano niem, RobotMichiel1972, Lexw, HetKantoor, Tfa1964, RobotQuistnix, Rex, RoboRex, Johann Gambolputty, Christoffel K, Tubantia, RonaldB, Dollede, Zandramas, Ronligt, YurikBot, Eve, FlaBot, Maniago, Kleuske, Zielknijper, Edelhart, Adnergje, Didius, JorisvS, Gerbot, Berendvd, Mexicano, Woudloper, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Tukka, Tnvaessen, Adam P, Magere Hein, Rikipedia, JAnDbot, Basvb, MoiraMoira, CrazyPhunkbot, DodekBot, TXiKiBoT, VolkovBot, R.schwab, BotMultichill, RenéV, Silver Spoon, VanBeem, Nouja, Wimpus, Gerakibot, Louperibot, Richardkiwi, GrouchoBot, ArjanH, Pietje111, DragonBot, Beachcomber, Alexbot, Mx9, Floris5, JanB46, StigBot, Lucasbot, MrBlueSky, Tanjahh, Ginovdbelspellekes, ArthurBot, JanDeFietser, Mathonius, Xqbot, Meerdervoort, Maasje, RomaineBot, Raast,

- WikiRob, Wiki13, TBloemink, Woodcuttery, Dinamik-bot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Molen17, De Jaren, Md1w, Martinvanmaris, DirkVE, Linkin, ZeaForUs, Dexbot, Lammetonnie, Driekus16, Legobot, Tourettenet, Kulterine20, Gelgel2011, Ts2014, Jojobuitenzorg en Anoniem: 72
- **Separatieangst** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Separatieangst?oldid=43942825> *Bijdragers:* Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, HetKantoor, Wasily, SieBot, TXiKiBoT, VolkovBot, Wutsje, GrouchoBot, JanB46, Woodcuttery, Molen17, WikitanvirBot, Addbot en Anoniem: 5
 - **Reactieve hechtingsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Reactieve_hechtingsstoornis?oldid=46069164 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, Bdijkstra, HetKantoor, Johann Gambolputty, Zielknijper, Mbch331, Thijs!bot, Edwinb, Bever, Michielvd, Jarune, Richardkiwi, B222, MelancholieBot, JanB46, RudolphousBot, Maasje, RomaineBot, Wiki13, ErikvanB, Queeste, Molen17, MerlIwBot, Dexbot, Legobot, Addbot, ΨΨΨΨ en Anoniem: 10
 - **Selectief mutisme** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Selectief_mutisme?oldid=45714177 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RoboRex, YurikBot, Sumurai8, Thijs!bot, JAnDbot, Pieter19, Cyn, JanB46, Molen17, Piquedram, Selectiefmutisme, Ad-dbot, Oxygene7-13 en Anoniem: 10
 - **Stereotiepe-bewegingsstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Stereotiepe-bewegingsstoornis?oldid=37465051> *Bijdragers:* Bemoeial, RobotMichiel1972, Ype, HetKantoor, Fenke, ArthurBot, Molen17 en Addbot
 - **Delier** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Delier?oldid=45954139> *Bijdragers:* Evanherk, Robbot, Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Rides, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Klaas1978, Johann Gambolputty, YurikBot, FlaBot, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Magere Hein, Davin, Pleeg, JAnDbot, Rei-bot, Mallerd, Woudpiek, WarddrBOT, Houtlijm, GrouchoBot, RubennV, Petwa, Luckas-bot, Flurps, Mathonius, Dinamik-bot, EmausBot, Molen17, ChuispastonBot, MerlIwBot, BendelacBOT, Addbot, Doctodoc en Anoniem: 10
 - **Dementie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Dementie?oldid=46065931> *Bijdragers:* Andre Engels, Patrick, Fruggo, Bemoeial, Cicero~nlwiki, Muijz, HooftBot, Robbot, Torero, Inge Habex, BlueBart, Edwtie, Michaelovic, EJR, Itsme, RJB, Lexw, ESanders, Pjeter, Snafje, Klever, Erasmus~nlwiki, RobotQuistnix, Rex, Henna, Algont, RoboRex, Johann Gambolputty, YurikBot, Gerbrant, Kleuske, Bes-selDekker, Vasilij, Chlewbob, Edelhart, Foxie001, Brinkie, Lestari, Happytravels, Berendvd, Mexicano, SieBot, Thijs!bot, Joris, Edwinb, Aiko, Tukka, Escarbot, Madyno, BOT-Superzerocool, Ciell, Machaerus, Aramtfesen, Freestyle, .anacondabot, MoiraMoira, Albert Kok, Rei-bot, Look Sharp!, Woudpiek, AnnabelsBot, TXiKiBoT, Japiot, VolkovBot, Mw007, GijsvdL, BotMultichill, Pien85, Wimpus, AlleborgoBot, YonaBot, Idioma-bot, Loveless, Sswelm, Louperibot, Gladidool, Koosg, WDVLD, GrouchoBot, PixelBot, Jari94, Marcdes-medt, Alexbot, Petwa, Toth, Npoe, JurgenNL, MelancholieBot, Pompidom, Kwiki, JanB46, MastiBot, Muro Bot, Luckas-bot, MrBlueSky, Nallimbot, Inmongolia, Hoopje, MauritsBot, ArthurBot, HHahn, TaBOT~zerem, Flinus, De Wikischim, Xqbot, Jepcommunicatie, Meer-dervoort, Olivier Bommel, LucienBOT, Spraakverwarring, Marysza, RomaineBot, D'ohBot, Wiki13, TobeBot, Erikoudman, JuriaanH, ErikvanB, Nkrosing, Tom2107, EmausBot, Sopkok, 6jurn, ChuispastonBot, Lotje, Nienkebljham, Nico Mes, Wuzzon, Grmbl76, Borluut, Legobot, Ankywyky, Atsje, Mdbisselink, Fhelwig, Kabaalmaker en Anoniem: 83
 - **Ziekte van Alzheimer** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekte_van_Alzheimer?oldid=45791977 *Bijdragers:* Andre Engels, Teun-Spaans, Pieter~nlwiki, Elywa, Evanherk, Snoop, Loosoft, Bemoeial, Wilinckx, Cicero~nlwiki, HooftBot, Advance, Robbot, GerardM, Hashar, Inge Habex, Oski, Oscar, RobotE, Johan Lont, Danielm~nlwiki, Chris, MartinD, Edwtie, DeVrolijkeSchrijver, EJR, Hstoffels, Jupiler, O E P~nlwiki, Robotje, MichielDMN, CaAl, RobotMichiel1972, Wiki, Itsme, RJB, Lexw, Methoxyroxy, JePe, Ronn, HetKantoor, MigGroningen, Tdevries, Klever, RobotQuistnix, Rex, Freek Verkerk, Qwertys, Galwaygirl, Edoderoo, Algont, RoboRex, Riki, Lander, BotEmpoor, Johann Gambolputty, Annabel, Dartelaar, Tuvic, Obarskyr, Chobot, RonaldB, Aleichem, Zwobot, YurikBot, Daka, Apendcy, Kleuske, Eskimbot, Rick Smit, Gouwenaar, SanderK, .marc., Chlewbob, Edelhart, Robb, Adnergje, Fontes, Warddr, Mexicano, Soczyzi, .Koen, Boskoyevsky, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Hajo, Hansk., Obarskyr Bot, Dapsv, Escarbot, Magere Hein, Sustructu, FakirNL, JAnD-bot, .anacondabot, MoiraMoira, Edmar, CommonsDelinker, CrazyPhunkbot, Joost 99, Layraud, Albert Kok, Ken123, Look Sharp!, Jan van reusel, Felix2036, TXiKiBoT, Afhaalchinees, Japiot, VolkovBot, Drirpeter, GijsvdL, BotMultichill, De 2boer, 3wisemen, Wimpus, Sander1453, Idioma-bot, Le Pied~bot~nlwiki, Sswelm, Louperibot, Beany, Richardkiwi, JohanKnol, GrouchoBot, Haddendaddendoeden-da, Nederduivel, Nickv, Alexbot, Darkicebot, Capaccio, Mike.lifeguard, SilvononBot, Petwa, Toth, MelancholieBot, Pompidom, Floris5, JanB46, LinkFA-Bot, MastiBot, Dqfn13, Luckas-bot, MrBlueSky, ArthurBot, Martend89, HHahn, DSisyphBot, Streefkwak, NobelBot, Mathonius, FoxBot, Xqbot, RibotBOT, Maasje, 01RW, Emelha, Pompidombot, Spraakverwarring, Erik Wannee, Mastad, RomaineBot, Iggy Farben, Alzheimer~nlwiki, Trijnstel, Johfrael, Wiki13, Jacobaon, ErikvanB, KamikazeBot, Jc kortekaas apotheker, TjBot, Streuper, CapacciBot, Queeste, Taalvos, Denkhken, Biolumine, 7mike5000, MexicanoBot, EmausBot, Molen17, ZéroBot, VR-Land, TuHan-Bot, 6jurn, Mathijscrum, WikitanvirBot, Mjbmrbot, Lotje, CocuBot, Ad.herveille.wiki, Sikjes, MerlIwBot, ViezeRick, AlterBerg, Telefeun, Wuzzon, Youbuntu, Marco Plasier, Nwilfried, Supercarwaar, Setarcile, Legobot, Lucashub, Atsje, Wikix~nlwiki, 12345danNL, Fhelwig, KehppKukkieBot, Foutjeweg, Tikfout, Tugina, Oxygene7-13 en Anoniem: 136
 - **Vasculaire dementie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Vasculaire_dementie?oldid=45431718 *Bijdragers:* Bemoeial, Bokkie, Snafje, Ronn, Johann Gambolputty, Ronaldvd, Edelhart, Weetjesman, Malus Catulus, Btouburg, Xzeroine, Wimpus, Capaccio, Petwa, Romaine-Bot, Gossesol, MerlIwBot, Wuzzon, Mijco, Grmbl76, Addbot, 12345danNL en Anoniem: 15
 - **Lewy-body-dementie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Lewy-body-dementie?oldid=42140839> *Bijdragers:* Bemoeial, Robbot, Lexw, Willemo, SieBot, Hajo, Escarbot, Maiella, Mrgreen71, VolkovBot, TaalVerbeteraar~nlwiki, Wimpus, Koosg, Petwa, JanB46, Muro Bot, LaaknorBot, Luckas-bot, MystBot, MauritsBot, Xqbot, Smile4ever, RomaineBot, EmausBot, ZéroBot, Wuzzon, Addbot, XBytez en Anoniem: 7
 - **Ziekte van Pick** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekte_van_Pick?oldid=44868211 *Bijdragers:* Bemoeial, Advance, Sietske, Snafje, RobotQuistnix, Willemo, Johann Gambolputty, DrBorka, Satyam, Kirstena, Gerbot, Thijs!bot, Hajo, Look Sharp!, Woudpiek, VolkovBot, R.schwab, Wimpus, Seiwier, Ken123BOT, GrouchoBot, PixelBot, Mx9, RomaineBot, KamikazeBot, Kadeike, Wuzzon, Zwarck, Addbot en Anoniem: 8
 - **Dementia praecox** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dementia_praecox?oldid=44720709 *Bijdragers:* RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Dartelaar, FlaBot, Maniago, Zielknijper, SieBot, Pilecka, Kwiki, Ptbotgourou, Goudsbloem, Xqbot, Psypathlang, RomaineBot, MexicanoBot, Addbot, Egyptoloog en Anoniem: 2
 - **Frontotemporale dementie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Frontotemporale_dementie?oldid=45068243 *Bijdragers:* Bemoeial, Robbot, RobotE, BoH, Jvherturn, Aiko, Vis met 1 oog, MoiraMoira, CommonsDelinker, Albert Kok, BotMultichill, Wimpus, Ingelogde van-daal, Louperibot, PieterJanR, Petwa, RomaineBot, MerlIwBot, Wuzzon en Anoniem: 4

- **Ziekte van Huntington** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekte_van_Huntington?oldid=45928839 *Bijdragers:* Walter, Laurier, Fruggo, Bemoelial, Gamekeeper, Serassot, Advance, Robbot, GerardM, Inge Habex, AdaM-nlwiki, RobotE, Chris, Michiel1972, Robotje, Steinbach, Sixtus, RobotQuistnix, Galwaygirl, RoboRex, Willemo, KokoBot, Johann Gambolputty, DéRahier, Zwobot, YurikBot, RobotTbc, Melsaran, Edelhart, Robb, Adnergeje, Simeon, DennisPeeters, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Maiella, JAnDbot, Johan N, MoiraMoira, Ken123, VanBuren, TXiKiBoT, VolkovBot, Mare1, 3wisemen, Wimpus, Vels, HuntWarrior, Loveless, Gerakibot, Den Hieperboree, Wutsje, Richardkiwi, Zorrobot, GrouchoBot, Menke, Jarii94, DrJos, Alexbot, Mx9, Hobbema, Pompidom, Dqfn13, Luckas-bot, Wickey-nl, MauritsBot, De Wikischim, Xqbot, Almbot, RibotBOT, Pompidombot, RomaineBot, Robertable, Salix2, EmausBot, WikitanvirBot, Joopwikibot, MerlIwBot, Lientje111, Grmbl76, YFdyh-bot, Legobot, Hans van der Leer, Dorre95, Pkoc gent, Foutjeweg, RichardNibourg, Oxygene7-13 en Anoniem: 44
- **Geheugenverlies** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Geheugenverlies?oldid=44861597> *Bijdragers:* Ellywa, Evanherk, Fruggo, Muijz, Robbot, Hashar, Inge Habex, Meneer, Jan Duimel, HetKantoor, RobotQuistnix, Edoderoo, RoboRex, Klaas1978, Johann Gambolputty, Obarskyr, Chobot, YurikBot, Apdency, Edelhart, Mexicano, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Sygmoral, Magere Hein, BOT-Superzerocool, JAnDbot, Albert Kok, DodekBot, DorganBot, Xzeroine, TXiKiBoT, Handige Harrie, VolkovBot, Wimpus, HJvK, Loveless, Gerakibot, Axis mundi, PipepBot, Haraldsbot, GrouchoBot, Alexbot, BOTarate, Petwa, MelancholieBot, JanB46, Luckas-bot, MrBlueSky, Flurps, Xqbot, Pompidombot, RomaineBot, D'ohBot, Ollie-sopkok, ErikvanB, EmausBot, Molen17, DirkVE, AvocadoBot, Wuzzon, Supercarwaar, Maartenschrijft, Legobot en Anoniem: 19
- **Syndroom van Korsakov** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_Korsakov?oldid=46064877 *Bijdragers:* Ellywa, Evanherk, Bemoelial, Willemdd, Robbot, Inge Habex, Renato Caniatti-nlwiki, RobotE, Chris, RobotMichiel1972, Eanos, Lexw, Snafje, HetKantoor, Gpvos, RobotQuistnix, Venullian, MADe, Algont, RoboRex, Dirk Kruisheer, Dartelaar, Aleichem, YurikBot, Kleuske, Sonty567, Erwin, Edelhart, Maurits90, Mexicano, Peronista, Jvhertum, Jasperdoomen, SieBot, Edwinb, Ger Bruinsma, Tukka, DG-nlwiki, Leo R., Ciell, JAnDbot, MoiraMoira, CrazyPhunkbot, YoshiDaSilva, TXiKiBoT, Lymantria, VolkovBot, Silver Spoon, Wimpus, Tenth Plague, Idioma-bot, Loveless, Louperibot, Zorrobot, GrouchoBot, Mx9, Nabana, Capaccio, Taketa, JurgenNL, CarsacBot, JanB46, Sabbrabells, Luckas-bot, MrBlueSky, Pim Nederstigt, Hoopje, Peterson, Kippenvlees1, Xqbot, RomaineBot, Wiki13, M.saraber, Std, RedBot, TBloemink, Dynamik-bot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Molen17, JackieBot, WikitanvirBot, ChuispastonBot, DirkVE, Makecat-bot, SteenthIwbot, HenkjePuk, Legobot, Elonbing, 12345danNLBot en Anoniem: 50
- **Psychotische stoornis door een somatische aandoening** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Psychotische_stoornis_door_een_somatische_aandoening?oldid=44720578 *Bijdragers:* Johann Gambolputty en Egyptoloog
- **Psychotische stoornis door middelengebruik** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Psychotische_stoornis_door_middelengebruik?oldid=44720586 *Bijdragers:* Robbot, Johann Gambolputty, Mexicano, ErikvanB, CapacciBot, Egyptoloog en Anoniem: 3
- **Schizofrenie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie?oldid=45607043> *Bijdragers:* Andre Engels, Pieter-nlwiki, Ellywa, Evanherk, Romaine, Bemoelial, Jan Arkesteijn, Advance, Robbot, GerardM, Inge Habex, Kattenkruid, Oscar, RobotE, Johan Lont, Siebrand, Chris, O E P-nlwiki, RobotMichiel1972, Itsme, Lexw, MWAk, JePe, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Mondhir, Rex, Banse, Kiwix, Edoderoo, Algont, RoboRex, Door de wol geverfd, Johann Gambolputty, Dartelaar, RonaldB, Aleichem, Dolledre, YurikBot, LeonardoRob0t, Apdency, FlaBot, Kleuske, Ninane, Eskimbot, Ravingwolf, .marc., Chlewbot, Erwin, Guido Zuidinga, Floris V, Ivory, Mexicano, Simeon, EdBever, Imodium, Sanuk, .Koen, Boskoyevsky, WikiFB2, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Tukka, Sroovers, Rikvado, T.vanschaik, Erik1980, Maiella, PJ Geest, Ben Meijer, Paul B, Phreakys, MoiraMoira, CrazyPhunkbot, Leopard, Albert Kok, Rei-bot, Look Sharp!, PAvdK, DodekBot, AnnabelsBot, WarddrBOT, TXiKiBoT, Aibot, Japiot, VolkovBot, Kakker, 3wisemen, Bodhi-nlwiki, Wimpus, Allebor-goBot, Rietvogel, Synthebot, Mar(c), Gerakibot, Wutsje, Richardkiwi, Zorrobot, Leonie49, Koosg, GrouchoBot, Haddendaddendoedenda, Vliegenneppeper, Markie93, MwpnlBot, BOTarate, Mike.lifeguard, Emailpack, SilvononBot, Taketa, JurgenNL, MelancholieBot, Pompidom, JanB46, LinkFA-Bot, Dqfn13, Luckas-bot, Amirobot, MrBlueSky, Fabrizioibanez, Spock-nlwiki, Flurps, Marrakech, MauritsBot, Badeend182, H.-P.Haack, RadiX, Mathonius, Rrdoomernik, FoxBot, Xqbot, Yannick1, RibotBOT, LucienBOT, Cumgranosalis, Marcel66, Pompidombot, Ralphies, Erik Wannee, RomaineBot, Félix, D'ohBot, Wiki13, TobeBot, TBloemink, Woodcuttery, Dynamik-bot, JurriaanH, ErikvanB, Foyliz, KamikazeBot, Jc kortekaas apotheker, Streuper, Ron1077, Queeste, Mark.arnold, MexicanoBot, EmausBot, Molen17, ZéroBot, Sopkok, Aleigem, WikitanvirBot, ChuispastonBot, DirkVE, Ripchip Bot, MerlIwBot, AvocadoBot, Davidost1, Hellpeter, KafiRobot, Tschoffelen, Grmbl76, Cyrielvanvelzen, JYBot, Michiel TM, Dexbot, Joris.boel, BartVR, Legobot, Nietanoniem, Pieter210, Atsje, Foutjeweg, Grasmatt, SchizofrenieBestaatNiet en Anoniem: 126
- **Psychose** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Psychose?oldid=46020461> *Bijdragers:* Andre Engels, Bemoelial, Cicero-nlwiki, Carol Fenijn, HoofitBot, Robbot, GerardM, Inge Habex, Kattenkruid, RobotE, Chris, Michiel1972, RobotMichiel1972, Yvolution-nlwiki, Bdiijkstra, HetKantoor, Tdevries, Bamboomy, KlaasZ4usV, RobotQuistnix, Rex, Qwertys, Galwaygirl, Edoderoo, RoboRex, Klaas1978, Johann Gambolputty, DéRahier, RonaldB, Kassie, YurikBot, FlaBot, Maniago, Kleuske, Chlewbot, Wybe, Zielknijper, Robb, Didius, JorisvS, Mexicano, EdBever, .Koen, Thijs!bot, Hajo, Sroovers, Maiella, Pedjo, JAnDbot, .anacondabot, MoiraMoira, Look Sharp!, Rudolphous, TXiKiBoT, Grashoofd, BertS, VolkovBot, KKoolstra, GijsvdL, BotMultichill, 3wisemen, Lolsimon, DaBot-nlwiki, Loveless, Hxhbot, Richardkiwi, Koosg, GrouchoBot, Voorthuizenr, Velocitas, Martin Simons, BotSottile, SilvononBot, Toth, MelancholieBot, JanB46, Joep Beliën, Luckas-bot, MrBlueSky, Ptbogourou, XZeroBot, DSisyphBot, Xqbot, RibotBOT, Maasje, RomaineBot, Controle, Trijnstel, RedBot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, ZéroBot, Hennie1952, WikitanvirBot, ChuispastonBot, Smiba, Joopwikibot, Grmbl76, Slopertjeersteklas, Legobot, Flora1712, Rijkje16, Conantheviking en Anoniem: 69
- **Stemmingsstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Stemmingsstoornis?oldid=42332948> *Bijdragers:* Robbot, Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, Robotpjetter, SieBot, Thijs!bot, Hajo, Die engerd uit de film, Ryulong, TXiKiBoT, VolkovBot, Minerva21, BotMultichill, Yfbos, DragonBot, MenoBot, Luckas-bot, Knud Winckelmann, MauritsBot, Xqbot, D'ohBot, KamikazeBot, Queeste, EmausBot, Molen17, WikitanvirBot, HiW-Bot, Makecat-bot, Addbot, Timeiscominganditsgoingaway en Anoniem: 1
- **Depressie (klinisch)** *Bron:* [https://nl.wikipedia.org/wiki/Depressie_\(klinisch\)?oldid=46162042](https://nl.wikipedia.org/wiki/Depressie_(klinisch)?oldid=46162042) *Bijdragers:* Andre Engels, Ellywa, Snoop, FQuist, Bemoelial, Cicero-nlwiki, Kliek, Jaapvanderkooij, Falcong, Muijz, Advance, Robbot, Inge Habex, Kattenkruid, Edwtie, Gerrit-holl, RobotMichiel1972, Itsme, Lexw, Snafje, HetKantoor, Fuss, Gpvos, RobotQuistnix, Rex, Galwaygirl, Dryke, Robotpjetter, Algont, RoboRex, Vertrokken, Willemo, Klaas1978, Johann Gambolputty, Annabel, DéRahier, RonaldB, Errabee, Dolledre, Kassie, Keimpe Dijk, Rodejong, Maniago, Kleuske, Ninane, Ravingwolf, Sonty567, Erwin, Ivory, Mexicano, Trimbos, Boskoyevsky, SieBot, Pumzeh, Thijs!bot, Aiko, Hajo, Escarbot, Die engerd uit de film, Maiella, BOT-Superzerocool, Balko Kabo, Ben Meijer, Vis met 1 oog, JAnDbot, MoiraMoira, CommonsDelinker, CrazyPhunkbot, Wiki Jeroen, Rei-bot, YoshiDaSilva, Look Sharp!, Felix2036, Primaxes, HAdG, Woudpiek, DodekBot, DorganBot, TXiKiBoT, BertS, VolkovBot, Drirpeter, GijsvdL, BotMultichill, Michal-nlwiki, AKJK, Zwitser123, Bodhi-nlwiki, Myfactory, Wimpus, Allebor-goBot, Strid, Yfbos, Loveless, Jetlag-nlwiki, Den Hieperboree, Hxhbot, Richardkiwi, Vinvlugt, Haddendaddendoedenda, DustSpinner, AlnokaBOT, Marcdesmedt, Barkids, MwpnlBot, Mkleen, Darkicebot, Eriksatie, JurgenNL, MelancholieBot,

- Lightspace, JanB46, Echoes~nlwiki, LinkFA-Bot, MastiBot, Jack Ver, MrBlueSky, Nallimbot, Japiobot, Hoopje, Jschaik, Obersachsebot, Sjorsxeny, FoxBot, Kippenvlees1, Xqbot, Jokalimo, Compro, Rubinbot, RibotBOT, Krinkle, RomaineBot, TBloemink, MacHedge, JurriaanH, ErikvanB, Krientje, Queeste, EmausBot, HRoestBot, Miem, Daviddep, WikitanvirBot, MarcdeBurlat, DirkVE, Rezonjov, Robbie.elen, ZeaForUs, RobvanderWaal, Dextbot, Post2johan, Kippenbot1, Poeja, Oevve, Legobot, Michalski, S.C. Hulshoff, 12345danNL, Cbröer, EMSchrijver, DjoekArdon, 384400km, Miss question en Anoniem: 98
- **Dysthyme stoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Dysthyme_stoornis?oldid=44603487 Bijdragers: Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, Rex, Gpvosbot, Apdency, Sonty567, SieBot, Balko Kabo, TXiKiBoT, VolkovBot, Wimpus, GrouchoBot, MastiBot, LaaknorBot, Luckas-bot, Razman, DSisyphBot, Xqbot, Maasje, RomaineBot, Woodcutterty, ErikvanB, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, Oevve, Legobot, Addbot, Rolf Kemp., Kato.Tondeleir en Anoniem: 12
 - **Bipolaire stoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Bipolaire_stoornis?oldid=46059695 Bijdragers: Andre Engels, Ellywa, Evanherk, Bemoeial, Jan Arkesteijn, Advance, Robbot, RobotE, Bob.v.R, Michiel1972, MichielDMN, RobotMichiel1972, Mdd, Lexw, Snafje, HetKantoor, Tdevries, KlaasZ4usV, RobotQuistnix, Effeetsanders, Galwaygirl, Joost, Dryke, RoboRex, Riki, Willemo, Johann Gambolputty, Paul-MD, RonaldB, Dolledre, YurikBot, LeonardoRob0t, Ronaldvd, Maniago, Kleuske, Chlewbob, RoboDick~nlwiki, Sonty567, Fokie001, Floris V, Fontes, Gerbot, .Koen, Fromwalking, SieBot, Thijs!bot, Aiko, Hajo, Rlariviere, Glas, Escarbot, Die engerd uit de film, Maiella, BOT-Superzerocool, Ciell, JAnDbot, Hanke~nlwiki, MoiraMoira, Sander71, Pelikana, Janeway666, Rei-bot, Razorz, Woudpiek, Svduijn4, DorganBot, Eric rosseel, Rudolphous, TXiKiBoT, Japiot, VolkovBot, KKoolstra, GijsvdL, Ilsepsy, VanBeem, Zwitser123, Wimpus, AlleborgoBot, Yfbos, Loveless, Bas Samsom, Stef nazgul, Wutsje, Richardkiwi, Zorrobot, MultichillAWB, GrouchoBot, Jasper Coenraats, AlnoktaBOT, PixelBot, Velocitas, PieterJanR, Marcdesmedt, Belgianbingo, Alexbot, Mike.lifeguard, JurgenNL, Cambyzez nl, JanB46, Machteld1, Nightfly007, Bentum50, Ennovy01, Luckas-bot, MystBot, Hugo22~nlwiki, Amirobot, MrBlueSky, Nallimbot, ArthurBot, Mathonius, Rrdoomernik, Xqbot, RibotBOT, Maasje, Cumgranosalis, Pompidombot, RomaineBot, BenzolBot, Rallybreuer, Journaliste.md, Trijnstel, Drarthur, TBloemink, Woodcutterty, Jollyroger0222, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Molen17, Aleigem, WikitanvirBot, Beunanza, ChuispastonBot, Ripchip Bot, Vagobot, HiW-Bot, ZeaForUs, Stormram, Oevve, Addbot, E.vlangkruis, Mohammad~nlwiki, Mathijs Kraan en Anoniem: 93
 - **Angststoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Angststoornis?oldid=43546309> Bijdragers: Bemoeial, Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Itsme, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Vertrokken, YurikBot, Apdency, Gerbot, SieBot, Thijs!bot, Hajo, Die engerd uit de film, Jane023, Magere Hein, Vis met 1 oog, MoiraMoira, Kweniston, VolkovBot, Rockerswb, GijsvdL, BotMultichill, Myfactory, Yfbos, Loveless, Koosg, PeterStark, GrouchoBot, Alexbot, Luckas-bot, MrBlueSky, MauritsBot, Xqbot, RomaineBot, Dynamik-bot, Airdegekste, JurriaanH, Queeste, EmausBot, Molen17, Rezonjov, MerlIwBot, Poeja, DeGilianBot, Addbot, Frans van der Bril, Jfmscript en Anoniem: 8
 - **Acute stressstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Acute_stressstoornis?oldid=44522148 Bijdragers: Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Errabee, Mexicano, Thor NL, JurgenG, Angr, PHouben, TXiKiBoT, Rockerswb, AlleborgoBot, Loveless, BOTarate, Luckas-bot, ArthurBot, Woodcutterty, MargotE, Kadeike, Molen17, ZéroBot, Ripchip Bot, Addbot, Chris358 en Anoniem: 3
 - **Agorafobie** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Agorafobie?oldid=44734154> Bijdragers: Advance, Inge Habex, RobotE, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, RobotJeb, RoboRex, YurikBot, Mexicano, Ugur Basak Bot~nlwiki, SieBot, Escarbot, BOT-Superzerocool, JAnDbot, DodekBot, TXiKiBoT, VolkovBot, Rockerswb, Wimpus, VVVBot, Idioma-bot, Wutsje, Zorrobot, GrouchoBot, Mammaloe, DragonBot, Alexbot, NjardarBot, Luckas-bot, Amirobot, MrBlueSky, ArthurBot, Mathonius, Xqbot, Seriouscirrus, Wiki13, Queeste, EmausBot, Molen17, ChuispastonBot, Lt300, MerlIwBot, Addbot, SouthparkfanBot en Anoniem: 7
 - **Angststoornis door een somatische aandoening** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Angststoornis_door_eeen_somatische_aandoening?oldid=38132796 Bijdragers: Inge Habex, Casper, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Gil heuvelmans, Thor NL, GrouchoBot, Mezelf14, Kobus200, ErikvanB en Anoniem: 1
 - **Gegeneraliseerde angststoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Gegeneraliseerde_angststoornis?oldid=44290671 Bijdragers: Bemoeial, Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Johann Gambolputty, Kleuske, SieBot, Thijs!bot, Thor NL, T.vanschaik, Maiella, Davin, Soulbot, DodekBot, AnnabelsBot, Kweniston, VolkovBot, Rockerswb, Miho, Tenth Plague, Richardkiwi, Zobot, Haddendaddendoedenda, Jasper Coenraats, DrJos, MastiBot, Luckas-bot, MrBlueSky, De Wikischim, Xqbot, DumZiBoT, RomaineBot, Woodcutterty, DixonDBot, Whaledad, Molen17, AvocatoBot, SSMOOTHY, Addbot en Anoniem: 14
 - **Obsessieve-compulsieve stoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Obsessieve-compulsieve_stoornis?oldid=46054060 Bijdragers: Bemoeial, Cicero~nlwiki, Muijz, Robbot, Inge Habex, Casper, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Klaas1978, Johann Gambolputty, Dartelaar, RonaldB, YurikBot, Nicolas Barbier, Kleuske, Eskimbot, Robb, Didius, Emmelie, Gerbot, Mexicano, Kameraad Pjotr, SieBot, Thijs!bot, Aiko, Die engerd uit de film, Maiella, JAnDbot, Albert Kok, Look Sharp!, Woudpiek, YewBowman, Kweniston, TXiKiBoT, Handige Harrie, VolkovBot, Anthony112, BotMultichill, Areyoupraying, Wimpus, Yfbos, YonaBot, Proborc, Loveless, Goudsh, Richardkiwi, GrouchoBot, Haddendaddendoedenda, Alexbot, Toth, M.fiege, [?][?][?] robot, JanB46, Luckas-bot, MystBot, MrBlueSky, ArthurBot, Xqbot, Pimbrils, Pompidombot, Erik Wannee, RomaineBot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Molen17, Soesse, WikitanvirBot, Albert kok, MerlIwBot, Vagobot, Justincheng12345-bot, Addbot, Lvdb8 en Anoniem: 34
 - **Paniekstoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Paniekstoornis?oldid=45427896> Bijdragers: Ellywa, Evanherk, Advance, Inge Habex, RobotE, Broederhugo, RobotMichiel1972, Lexw, Snafje, HetKantoor, RoboRex, Johann Gambolputty, RonaldB, Kleuske, Knowledge, .Koen, Jvhertum, Escarbot, Die engerd uit de film, Ben Meijer, Muziekfreak, Kweniston, VolkovBot, Rockerswb, Wimpus, Yfbos, Koosg, Dennistenkate, Gilev, Luckas-bot, ChristopheS, Rrdoomernik, Xqbot, RibotBOT, Queeste, EmausBot, Molen17, MerlIwBot, Addbot en Anoniem: 9
 - **Posttraumatische stressstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Posttraumatische_stressstoornis?oldid=45889064 Bijdragers: Andre Engels, Ellywa, Evanherk, Jeroen, Advance, Inge Habex, Oscar, Siebrand, MartinD, Puc conDoin, MichielDMN, RobotMichiel1972, Romn, HetKantoor, Tdevries, RobotQuistnix, Rex, Galwaygirl, RoboRex, EdY, Lander, Vertrokken, Johann Gambolputty, Dartelaar, RonaldB, Aleichem, Dolledre, YurikBot, Maniago, Kleuske, Eskimbot, Mbch331, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Aiko, George4, Bever, Die engerd uit de film, Maiella, BOT-Superzerocool, Sustructu, Ben Meijer, JAnDbot, A Duck, TXiKiBoT, VolkovBot, Rockerswb, Mw007, Psychot, Wimpus, Yfbos, Louperibot, Rooszan, Groucho NL, Richardkiwi, PipepBot, HJOppenheim, Mkleen, BOTarate, SofieB, SilvononBot, M.fiege, SpBot, JanB46, Jack Ver, Amirobot, MrBlueSky, ArthurBot, Xqbot, RibotBOT, Maasje, Thomas DK, RomaineBot, Kattiel, Woodcutterty, JurriaanH, ErikvanB, Queeste, Molen17, Aleigem, Mlmeewisse, WikitanvirBot, ChrisN, Makecat-bot, Addbot, Einstein007~nlwiki, Ojmm en Anoniem: 35

- **Specifieke fobie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Specifieke_fobie?oldid=44734417 *Bijdragers:* Puckly, Inge Habex, Robotje, Robot-Michiel1972, HetKantoor, Mexicano, SieBot, Thijs!bot, Balko Kabo, JAnDbot, Kweniston, TXiKiBoT, Rockerswb, Wimpus, Loveless, Koosg, Luckas-bot, MystBot, Amirobot, MrBlueSky, ArthurBot, Xqbot, Trycatch, Queeste, Molen17, MerlIwBot, Makecat-bot, Addbot en Anoniem: 4
- **Sociale fobie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Sociale_fobie?oldid=46014204 *Bijdragers:* Advance, Inge Habex, RobotE, Flurp, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Da Noize, RoboRex, Kleuske, Eskimbot, Kameraad Pjotr, SieBot, Thijs!bot, Die engerd uit de film, Ben Meijer, JAnDbot, WeiaR, YoshiDaSilva, DirkV, VolkovBot, Wimpus, Yfbos, Tenth Plague, Idioma-bot, Richardkiwi, SpBot, JanB46, LaaknorBot, Luckas-bot, MrBlueSky, Yonidebot, ArthurBot, DumZiBoT, TobeBot, Dinamik-bot, ErikvanB, KamikazeBot, Queeste, EmausBot, Molen17, HiW-Bot, Socialefobie, YFdyh-bot, Addbot, Jepz11, Laurasonneveld en Anoniem: 13
- **Angststoornis door alcohol of drugs** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Angststoornis_door_alcohol_of_drugs?oldid=24095333 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Thor NL, GrouchoBot en Anoniem: 1
- **Emetofobie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Emetofobie?oldid=44721015> *Bijdragers:* Theo, DéRahier, Eve, Erwin, Peti me, Thijs nl, Dr. F.C. Turner, SieBot, Wimpus, SNRbot, GrouchoBot, Capaccio, JanB46, Luckas-bot, MrBlueSky, RomaineBot, JackieBot, DirkVE, Addbot, Egyptoloog en Anoniem: 11
- **Somatoforme stoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Somatoforme_stoornis?oldid=43804738 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Tubantia, YurikBot, Jvherstum, SieBot, Aiko, Davin, Look Sharp!, VolkovBot, BotMultichill, Mkleen, Kwiki, JanB46, MastiBot, Luckas-bot, Ptbotgourou, SassoBot, Rubinbot, RomaineBot, KamikazeBot, CapacciBot, EmausBot, Molen17, ZéroBot, MerlIwBot, Addbot en Anoniem: 9
- **Somatisatiestoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Somatisatiestoornis?oldid=40962427> *Bijdragers:* Advance, Inge Habex, Robot-Michiel1972, HetKantoor, LimoWreck, Abnormaal, Johann Gambolputty, Errabee, Mexicano, Davin, BotMultichill, SofieB, Woodcuttery, Molen17, MerlIwBot, Jabeer, Addbot en Anoniem: 2
- **Ongedifferentieerde somatoforme stoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Ongedifferentieerde_somatoforme_stoornis?oldid=31987983 *Bijdragers:* Evanherk, Jeroen, Inge Habex, Oscar, Mwpnl, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Migdejong, Niels, Erwin, Die engerd uit de film, Davin, VanBuren, Wegwezen, Mw007, GijsvdL, BotMultichill, GrouchoBot, Luckasz, Kwiki, RomaineBot en Anoniem: 4
- **Conversiestoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Conversiestoornis?oldid=45056789> *Bijdragers:* Bemoeial, Advance, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RoboRex, Peter b, Johann Gambolputty, Caudex Rax, Paulus 2, SieBot, Hajo, FakirNL, Davin, VolkovBot, BotMultichill, Richardkiwi, GrouchoBot, Alexbot, BOTarate, JanB46, MastiBot, Luckas-bot, MystBot, MrBlueSky, Xqbot, Alma-bot, RomaineBot, Woodcuttery, Molen17, Ino mart, Lotje, MerlIwBot, Legobot, Addbot en Anoniem: 13
- **Pijnstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Pijnstoornis?oldid=40961858> *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Davin, BotMultichill, RomaineBot en Woodcuttery
- **Hypochondrie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Hypochondrie?oldid=43411524> *Bijdragers:* Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Robotpjetter, RoboRex, Johann Gambolputty, YurikBot, FlaBot, SieBot, Thijs!bot, Davin, Ben Meijer, MoiraMoira, TXiKiBoT, Aibot, BotMultichill, Wimpus, AlleborgoBot, Alexbot, Luckas-bot, Marrakech, ArthurBot, Xqbot, RibotBOT, BounceG, Mc Nonsens, D'ohBot, Woodcuttery, EmausBot, Molen17, Addbot, Minor kwaliteit van leven 2014 en Anoniem: 10
- **Stoornis van de lichaamsbeleving** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Stoornis_van_de_lichaamsbeleving?oldid=45466149 *Bijdragers:* Advance, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Door de wol geveerd, Johann Gambolputty, YurikBot, FlaBot, Kleuske, Eskimbot, Mirror-nlwiki, SieBot, Thijs!bot, Rozemarijn vL, FakirNL, Davin, JAnDbot, DodekBot, Grashoofd, BotMultichill, 3wisemen, Wimpus, Tenth Plague, GrouchoBot, Alexbot, M.fiege, EjsBot, Pompidom, Kwiki, MystBot, Ptbotgourou, GrashoofdBot, Katharosh, FoxBot, Kippenvlees1, Xqbot, RomaineBot, Wiki13, MrBlueBot, ErikvanB, Molen17, Mlmeewisse, WikitanvirBot, Swised, Addbot en Anoniem: 12
- **Nagebootste stoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Nagebootste_stoornis?oldid=45971993 *Bijdragers:* Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Door de wol geveerd, Johann Gambolputty, Tool, Obarskyr Bot, Wegwezen, Loveless, Wutsje, SofieB, Luckas-bot, LucienBOT, RomaineBot, EmausBot, HanhilBot, Addbot, Egyptoloog, BerendWorst en Anoniem: 3
- **Pseudologia phantastica** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Pseudologia_phantastica?oldid=46055291 *Bijdragers:* Evanherk, Bemoeial, Muijz, Serassot, Johan Lont, Siebrand, Cogito, RobotMichiel1972, Martinus, Ronn, HetKantoor, MigGroningen, Tdevries, Gpvos, Joost, Edoderoo, Ucuha, RoboRex, Klaas1978, Dartelaar, Aleichem, Dolledre, Eve, FlaBot, Eskimbot, Mardonios, Thijs!bot, Obarskyr Bot, Davin, Vis met 1 oog, CommonsDelinker, Albert Kok, Ken123, Look Sharp!, VanBuren, Wegwezen, Wimpus, Synthebot, Wutsje, Wittekind, Pompidombot, RomaineBot, Woodcuttery, JurriaanH, ErikvanB, Whaledad, Hans Plantinga, DirkVE, MerlIwBot, Timelezz, Addbot, Wwian1, Grasmal en Anoniem: 29
- **Syndroom van Münchhausen** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_M%C3%BCnchhausen?oldid=45766876 *Bijdragers:* Fransvannes, Evanherk, SanderSpek, Carol Fenijn, Kristof vt, Advance, Robbot, GerardM, Inge Habex, Chris, Michiel1972, RobotMichiel1972, Ronn, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Galwaygirl, RoboRex, YurikBot, Otto ter Haar, Kleuske, Edelhart, SieBot, Thijs!bot, Maiella, Pe1pbu, Biep, Leopard, TXiKiBoT, VolkovBot, Silver Spoon, Wimpus, AlleborgoBot, Louperibot, Joshhof, PixelBot, BOTarate, Pompidom, MastiBot, Luckas-bot, Amirobot, Nallimbot, RudolphousBot, Xqbot, RibotBOT, RomaineBot, Dinamik-bot, ErikvanB, EmausBot, Legobot, Johannes Koolen en Anoniem: 9
- **Syndroom van Münchhausen by proxy** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Syndroom_van_M%C3%BCnchhausen_by_proxy?oldid=45607050 *Bijdragers:* Evanherk, Rob Hooft, Romaine, SanderSpek, Bemoeial, Falcongj, Advance, Inge Habex, BlueBart, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Dryke, RoboRex, Vertrokken, Paul-MD, Migdejong, Alankomaat, Kleuske, WillBot, Dick-VanGelder, SieBot, Escarbot, Evaas, Cumulus-nlwiki, LuRobby, MoiraMoira, Leopard, Artinas, Woudpiek, Lymantria, VolkovBot, Wiki-onderzoek, 3wisemen, Wijchmaal, Wimpus, Sander1453, Loveless, Wutsje, GrouchoBot, Roos Boum, B222, BOTarate, RonnieV, Blueknight, Taketa, EvilFreD, Pompidom, JanB46, Luckas-bot, Japiobot, Ben1981, RudolphousBot, Rododendron, BKannen, Enkidu1947, FoxBot, Xqbot, Publicitaire hitman, RomaineBot, D'ohBot, Luddevedu, ErikvanB, ChuispastonBot, Joopwikibot, Pim1961, Legobot, Arch, Perudotes en Anoniem: 30
- **Dissociatieve stoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dissociatieve_stoornis?oldid=40707714 *Bijdragers:* Romaine, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Aleichem, Errabee, Zanaq, Zielknijper, Robb, Caleidoscoop, Hajo, Rikvado, Maiella, Look Sharp!, Rockerswb, MrBlueSky, ErikvanB, Molen17, Addbot en Anoniem: 10

- **Dissociatieve amnesie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dissociatieve_amnesie?oldid=40961257 *Bijdragers:* Romaine, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, Hajo, Rockerswb, Edoderoobot, RomaineBot, Woodcuttery en Molen17
- **Dissociatieve fugue** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dissociatieve_fugue?oldid=40961258 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, HetKantoor, Thorsten1, SieBot, Hajo, VanBuren, BOTarate, Luckas-bot, Xqbot, Rubinbot, RomaineBot, Woodcuttery, KamikazeBot, EmausBot, Molen17, MerllwBot, AvocadoBot, Makecat-bot, Legobot, Addbot en Anoniem: 2
- **Dissociatieve identiteitsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dissociatieve_identiteitsstoornis?oldid=46175579 *Bijdragers:* Romaine, Cogito, Kleparz, RobotMichiel1972, Joep Zander, HetKantoor, RobotQuistnix, Algont, RoboRex, DJclaud, Titusvh, Johann Gambolputty, DéRahier, Sally Mens, Obarskyr, RonaldB, Zwobot, Dolledre, YurikBot, Laartje, Quichot, Kleuske, Leo44~nlwiki, Wimdeb, Zanaq, Bredewold, Lost, Berendvd, Mexicano, Mbch331, Thijs!bot, Hajo, Tukka, Hansdots, Marinus C., Maiella, Ciell, Vis met 1 oog, LuRobby, MoiraMoira, Yael~nlwiki, Lymantria, Handige Harrie, Viersteine, DustSpinner, Pookie~nlwiki, Difool, Pompidom, JanB46, MrBlueSky, Djmps, Jelmer Jellema, Emelha, Pompidombot, Erik Wannee, RomaineBot, Woodcuttery, Powerofbeing, EmausBot, Molen17, MerllwBot, Oudeisplus, Ajv39, Dexbot, WOLF LAMBERT, Addbot, Club-acc, MatthijsWiki, 12345danNLBot, Nightingales21 en Anoniem: 41
- **Depersonalisatiestoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Depersonalisatiestoornis?oldid=45203366> *Bijdragers:* Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Ronn, HetKantoor, Galwaygirl, Tuvic, Zanaq, Mexicano, Thijs!bot, Hajo, Escarbot, Rikvado, VanBuren, VolkovBot, Rockerswb, RenéV, Zwitser123, MrBlueSky, RomaineBot, Woodcuttery, Molen17, Addbot en Anoniem: 8
- **Dissociatieve stoornis nao** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Dissociatieve_stoornis_nao?oldid=36932838 *Bijdragers:* Johann Gambolputty, Thijs!bot, Hajo, JMW61, MrBlueSky, RomaineBot, Molen17, Legobot en Anoniem: 1
- **Seksuele disfunctie** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Seksuele_disfunctie?oldid=40771197 *Bijdragers:* Dqfn13, Luckas-bot, Mathonius, RomaineBot, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, ChuispastonBot, ChrisN, Vagobot, Addbot en Anoniem: 3
- **Erectiestoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Erectiestoornis?oldid=45453948> *Bijdragers:* Rob Hoof, HoofBot, Advance, Robbot, GerardM, RobotE, RJB, Webgeld, Yorian, HetKantoor, Klever, Dolfy, RobotQuistnix, Rex, Wikix-oud, RoboRex, Vertrokken, Gid, Peter b, ChristiaanWiki, Klaas1978, Johann Gambolputty, RonaldB, Jankaan, Eve, Kleuske, Edelhart, Robb, Adnergje, Fontes, Brinkie, GilliamJF, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Aiko, Erik Baas, Escarbot, Magere Hein, Migiloviz, JAnDbot, .anacondabot, MoiraMoira, Timmytje, Ken123, Look Sharp!, DodekBot, Peter Leusink, TXiKiBoT, VolkovBot, GijsvdL, Spenz, RenéV, Tgeorgescu, Freaky Fries, Le Pied-bot~nlwiki, Chrisbraak, Caber, Wutsje, GrouchoBot, ArjanH, Urecta, Tof~nlwiki, Coenh89, Dasja, JurgenNL, MastiBot, J.delanoy, Luckas-bot, Amirobot, MrBlueSky, Mezelf14, Japiobot, Madijk, Gupicom, Marrakech, ArthurBot, Mathonius, De Wikischim, Xqbot, Meerderevoort, Rubinbot, RibotBOT, Maasje, Olivier Bommel, DumZiBoT, LucienBOT, Erik Wannee, RomaineBot, Trijnstel, Wiki13, JurriaanH, ErikvanB, MartSmeets, EmausBot, ChuispastonBot, Delay, ChrisN, TuurDS, Joopwikibot, Matthijs579, Mitchjol, Nederland-MijnVaderland, Legobot, Starkey, DotyMcFear13 en Anoniem: 59
- **Anorgasmie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Anorgasmie?oldid=35793560> *Bijdragers:* Mdd, Johann Gambolputty, SterreHart, Thijs!bot, JAnDbot, Look Sharp!, VolkovBot, Carla.peeters, ArjanH, Luckas-bot, Xqbot, Asfarer, RomaineBot, KamikazeBot, EmausBot, AvocadoBot, Addbot en Anoniem: 1
- **Vaginisme** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Vaginisme?oldid=45108340> *Bijdragers:* Rob Hoof, Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, Fuss, RobotQuistnix, RoboRex, Peter b, Johann Gambolputty, Moartn, Eve, FlaBot, Kleuske, Edelhart, DJFreez, Mexicano, SieBot, Thijs!bot, Sop, JurgenG, Magere Hein, MoiraMoira, VolkovBot, Wutsje, GrouchoBot, ArjanH, AlnoktaBOT, Alexbot, LaaknorBot, MrBlueSky, Xqbot, Geazzo, Dinamik-bot, JurriaanH, ErikvanB, Denkhén, EmausBot, Nianky, Korneliah, YFdyh-bot, Legobot, Kwikstaartje en Anoniem: 12
- **Parafilie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Parafilie?oldid=46015862> *Bijdragers:* Walter, Patrick, Bemoeial, Jeroen, Muijz, Robbot, HetKantoor, Rex, Wikix-oud, RoboRex, Johann Gambolputty, Jeroenbot, Chobot, YurikBot, Carolus, Maris stella, Phidias, SieBot, Thijs!bot, Sop, JAnDbot, MoiraMoira, Rei-bot, Woudpiek, J-Ros, Skuipers, TXiKiBoT, VolkovBot, JacobH, Mw007, Zwitser123, Synthebot, Sander1453, Loveless, Holenbie, Fenke, Jasper Coenraats, RonnieV, MelancholieBot, HerculeBot, Glatissant, Luckas-bot, MrBlueSky, Ptboutgourou, FoxBot, Xqbot, Rubinbot, RibotBOT, Erik Wannee, RomaineBot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Johannesgrillet, ChuispastonBot, Joopwikibot, Ripchip Bot, Grmbl76, JYBot, YFdyh-bot, SofieIn, Addbot, Presskop, Mayavanderkamp, Aziza18 en Anoniem: 16
- **Eetstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Eetstoornis?oldid=46022029> *Bijdragers:* Amarant, Romaine, Frugge, Falcongij, Kristof vt, HoofBot, Advance, Robbot, Inge Habex, RobotE, Chris, Bean 19, Gertjan R., Robotje, RobotMichiel1972, HetKantoor, Dekuiper, RobotQuistnix, Galwaygirl, Gpvosbot, Johann Gambolputty, Christoffel K, Chobot, Zwobot, YurikBot, Eve, Kleuske, Zanaq, .marc., Xiutwel, Mexicano, Simeon, Trimbos, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Escarbot, Die engerd uit de film, Kanman, MoiraMoira, Look Sharp!, TXiKiBoT, Lymantria, VolkovBot, VanBeem, Myfactory, AlleborgoBot, Yfbos, Tenth Plague, Loveless, SNRbot, PipeBot, Zorrobot, Lidewij C J., GrouchoBot, Menke, Mariejosepep, M.kalma, CEU, Darkicebot, Broadbot, Floris5, Kwiki, Luckas-bot, MrBlueSky, Nallimbót, JZ85, Xqbot, Rubinbot, Maasje, RomaineBot, TobeBot, Dinamik-bot, ErikvanB, KamikazeBot, EmausBot, Molen17, WikitanvirBot, Bakkertje-Wouter, Sikjes, MerllwBot, AvocadoBot, Grmbl76, Natuur12, Makecat-bot, Legobot, Nietanoniem, Book&Mark, Addbot, Atsje, Kukkie, IxtaNoa en Anoniem: 31
- **Anorexia nervosa** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa?oldid=46050926 *Bijdragers:* Andre Engels, Ellywa, Evanherk, Bemoeial, Cicero~nlwiki, Muijz, Advance, Robbot, Hashar, Kattenkruid, RobotE, Johan Lont, Quistnix, Robotje, MichielDMN, RobotMichiel1972, Itsme, Lexw, Pieter1, HetKantoor, Tdevries, RobotQuistnix, Mondhir, Galwaygirl, Vvulto, Joost, Edoderoo, Ucuha, Gpvosbot, Algont, RoboRex, Vertrokken, Willemo, Klaas1978, Johann Gambolputty, Christoffel K, Tuvic, RonaldB, Aleichem, Dolledre, YurikBot, Eve, The Banner, Maniago, Kleuske, Ninane, RobotTbc, Gouwenaar, Zanaq, Melsaran, Klavertwee, Vincenthendriks, Hans B., Pieter vleugels, Mexicano, EdBever, .Koen, Mbch331, SieBot, Thijs!bot, Araf, Joris, Edwinb, Hajo, Escarbot, Die engerd uit de film, Erik1980, Maiella, Magere Hein, Sustructu, Ciell, JAnDbot, Slipknol, Basvb, Johan N, MoiraMoira, Wimmel, Subzerop, YoshiDaSilva, Look Sharp!, OekelWm, VanBuren, DodekBot, DorganBot, AnnabelsBot, Lymantria, Grashoofd, BertS, Handige Harrie, VolkovBot, GijsvdL, BotMulti-chill, RenéV, Miho, Zwitser123, Majesteit, Yfbos, Lolsimon, Sander1453, Tenth Plague, Suringar, Arend41, Chielio0ow, Wutsje, Richardkiwi, LanaK, Vinvlugt, Dmitri Nikolaj, WDVLD, GrouchoBot, Mariejosepep, DustSpinner, Brunnera666, Jasper Coenraats, DragonBot, M.kalma, Vangelis, PieterJanR, CEU, DrJos, BOTarate, Dune218, RonnieV, Wuser~nlwiki, Toth, JurgenNL, Friedricheims, Pompidom, Ginosal, JanB46, Doc Brown, Luckas-bot, Amirobot, MrBlueSky, Euromast, Laana x, Hoopje, Peterson, BlackBot (hernoemd), ArthurBot, Commode2, EN85, Mathonius, FoxBot, Xqbot, Modern wiki, SassoBot, Lejana Rey, Rubinbot, Maasje, Pompidombot, Spraakverwarring, RomaineBot, Trijnstel, Wiki13, TobeBot, Woodcuttery, Dinamik-bot, JurriaanH, Hethuisanubis4ever1, ErikvanB, Queeste, WinContro, MexicanoBot, EmausBot, Molen17, ZéroBot, Konosementu, Stijnflorijn, Erik009, BakkertjeWouter, ChrisN, Literatuurinfo, QWxx01, DirkVE, Sillves, Mkoster404, Grmbl76, Charlotte24, LLTSU, Koningbabyhoofd, Nietanoniem, Wajan16, Hazelares, Addbot, Jonneke99, Atsje, IxtaNoa, Wwian1, 12345danNL, JAZm1naa, Mari h, Larsb99, Wikiwerner, LaurynJackson1999, DotyMcFear13 en Anoniem: 274

- **Boulimie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Boulimie?oldid=46233840> *Bijdragers:* Ellywa, Evanherk, Romaine, Bemoeial, Jeroen, Advance, Robbot, Torero, Inge Habex, Johan Lont, Robotje, Hardscarf, RobotMichiel1972, Lexw, HetKantoor, MigGroningen, RobotQuistnix, Mondhir, Rex, Galwaygirl, Edoderoo, RoboRex, Riki, Peter b, Johann Gambolputty, CyEZ, Christoffel K, Aleichem, Dolledre, Apdency, Maniago, Kleuske, WillBot, Zanaq, SanderK, Pepijntje, Roelzzz, Mexicano, .Koen, Thijs!bot, Edwinb, Tasje, Tukka, Die engerd uit de film, RebelRobot, JAnDbot, Basvb, Johan N, MoiraMoira, YoshiDaSilva, Look Sharp!, DodekBot, TXiKiBoT, Lymantria, VolkovBot, Waki~nlwiki, BotMultichill, Dick pompe, Zwisser123, Myfactory, Yfbos, YeahYeah, Tenth Plague, Louperibot, Wutsje, Zorrobot, Mariejosepep, M.kalma, CEU, Taketa, Hee, PompidoM, Floris5, Ivo Goedhart, Kwiki, LaaknorBot, Luckas~bot, MrBlueSky, Galoubet, JZ85, Flurps, EN85, De Wikischim, FoxBot, Xqbot, Maasje, TomVSt, RomaineBot, RedBot, Woodcutterty, JurriaanH, ErikvanB, KamikazeBot, DixonDBot, Molen17, ChrisN, Sikjes, Book&Mark, Addbot, JP001 en Anoniem: 54
- **Eetbuisstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Eetbuisstoornis?oldid=44309394> *Bijdragers:* Romaine, Robotje, Hégésippe Cormier, HetKantoor, RobotQuistnix, Johann Gambolputty, Dartelaar, DirkK, Zanaq, .Koen, Thijs!bot, Die engerd uit de film, MoiraMoira, VolkovBot, Myfactory, Yfbos, Den Hieperboree, Henriduvent, M.kalma, CEU, SilvonenBot, Kwiki, Luckas~bot, Hoopje, MagnusA.Bot, Mmh, RomaineBot, RedBot, ErikvanB, KamikazeBot, Queeste, EmausBot, Legobot, Tiebo!007lolcom, Book&Mark en Anoniem: 4
- **Orthorexia nervosa** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Orthorexia_nervosa?oldid=43940528 *Bijdragers:* Bemoeial, Advance, RobotE, Robotje, RobotMichiel1972, Itsme, HetKantoor, RobotQuistnix, Johann Gambolputty, YurikBot, Kleuske, Ninane, Mbch331, Aiko, Erik Baas, Zmit, Davin, JAnDbot, JeroenvanVeen, MoiraMoira, Afhaalchinees, LarzBot, Wimpus, Tenth Plague, RomaineBot, ErikvanB, HiddenKnowledge, BartleDoo, ZéroBot, Distelrood, WikitanvirBot, HugoH97, Timelezz, Addbot en Anoniem: 14
- **Slaapstoornis** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Slaapstoornis?oldid=44728709> *Bijdragers:* Bemoeial, RobotE, Gpvosbot, RoboRex, Vertrokken, Chobot, Aleichem, Dolledre, Alankomaat, Kleuske, Pipo, SanderK, Edelhart, Robb, Akira, SieBot, Escarbot, Drazic, MoiraMoira, Elche1979, VanBuren, Lymantria, TaalVerbeteraar~nlwiki, 3wisemen, Wimpus, AlleborgoBot, RichardThiel, Groucho NL, Koosg, Capaccio, NjardarBot, Nallimbot, Mathonius, Emelha, RomaineBot, TBloemink, EmausBot, Molen17, ZéroBot, Tineke94, Rezonjov, MerllwBot, Dexbot, Addbot, Macadam1 en Anoniem: 17
- **Slapeloosheid** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Slapeloosheid?oldid=45558708> *Bijdragers:* Fruggo, Advance, Robbot, Inge Habex, Oscar, RobotE, Mwpnl, Michiel1972, Robotje, RobotMichiel1972, Itsme, Lexw, HetKantoor, Gpvos, Edoderoo, Robotpjetter, Algot, RoboRex, Willemo, Chobot, Eve, LeonardoRob0t, Alankomaat, Kleuske, Pipo, SanderK, Edelhart, Robb, Akira, SieBot, Escarbot, Drazic, DennisPeeters, Stormbeest, Loeiicy, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Aiko, Vis met 1 oog, JAnDbot, Hanhil, Bor Komorovski, MoiraMoira, Albert Kok, Look Sharp!, VanBuren, Bo W, TXiKiBoT, Grashoofd, VolkovBot, Harrydijkstra, TaalVerbeteraar~nlwiki, 3wisemen, Sander1453, Idioma~bot, Rene 00, Wutsje, Richardkiwi, Koosg, Ficbot, Anbo1982, DrJos, Toth, JurgenNL, MelancholieBot, CarsracBot, JanB46, Luckas~bot, Amirobot, Hoopje, RodoNet, ArthurBot, TaBOT~zerem, Mathonius, FoxBot, Xqbot, Saschaporsche, Meerdervoort, RibotBOT, PompidoMbot, Trijnstel, TobeBot, Woodcutterty, ErikvanB, EmausBot, Molen17, HRoestBot, Kulter20, ChuispastonBot, Eg-T2g, MerllwBot, Calorshear, Lixer, Nietanoniem, Addbot, KehppKukkieBot en Anoniem: 50
- **Narcolepsie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Narcolepsie?oldid=45559103> *Bijdragers:* Ellywa, Bemoeial, Streppel, Pade96, HoofBot, Advance, Robbot, Inge Habex, Oski, Chris, RonaldW, Rasbak, DaProx, RobotMichiel1972, Itsme, HetKantoor, Klever, RobotQuistnix, Gpvosbot, RoboRex, HoTu, Vertrokken, Annabel, Christoffel K, RonaldB, CyEZbot~nlwiki, YurikBot, Vdegroot, FlaBot, The Banner, Ronaldvd, Eskimbot, Redigisis, SanderK, DennisPeeters, SieBot, Thijs!bot, JAnDbot, .anacondabot, MoiraMoira, Meniv nl, Elche1979, Rei~bot, Trailblazer, Japiot, Le Fou, Spenz, RenéV, Wimpus, Harry Lake, YonaBot, Rwelten, Idioma~bot, Louperibot, Richardkiwi, Koosg, Mx9, Toth, JanB46, Luckas~bot, MrBlueSky, ArthurBot, Xqbot, Meerdervoort, Compro, RibotBOT, RomaineBot, RedBot, ErikvanB, Jc kortekaas apotheker, Xyrem UCB BV Nederland, EmausBot, ZéroBot, Ino mart, Dowed, WikitanvirBot, Servjen, Donjacour, MerllwBot, Rezabot, Sovereem, Addbot, PPolman, KehppKukkieBot en Anoniem: 28
- **Slaapapneu** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Slaapapneu?oldid=46109864> *Bijdragers:* Romaine, Bemoeial, Jeroen, Serassot, Advance, Svdmolent, RobotMichiel1972, Itsme, Johannes49, JePe, Tommey, Ucucha, Gpvosbot, RoboRex, Christoffel K, RonaldB, WebBot, MarQ, Apdency, Maniago, WillBot, Zanaq, TheSaint77, Edelhart, Geneeskundestudent.nl, Roelzzz, Fontes, Renéke, Mexicano, .Koen, SieBot, Thijs!bot, Aiko, Obarskyr Bot, Escarbot, SQB, Jverveer, .anacondabot, Tomclusters, DodekBot, WarddrBOT, Rudolphous, TXiKiBoT, Lymantria, VolkovBot, GijsvdL, Spenz, Zwisser123, Wimpus, Wutsje, Richardkiwi, Koosg, Dommie, GrouchoBot, Todw, Tjako, PieterJanR, RonnieV, Toth, P.zoontjes, Decymbel, JanB46, Luckas~bot, MrBlueSky, Ptbotgourou, Goudsbloem, MauritsBot, Eelco R'dam, TaBOT~zerem, Saschaporsche, Smile4ever, Erik Wannee, RomaineBot, Trijnstel, Lepelaer, ErikvanB, ReinaartBot, KamikazeBot, CapacciBot, MargotE, EmausBot, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, ChuispastonBot, MerllwBot, Lientje111, Ims200, Timelezz, NightBalance, Nietanoniem, Addbot, Atsje, SemNB, Kronkelwilg, Ojjm, Grasmatt, Brasco123 en Anoniem: 52
- **Slaapwandelen** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Slaapwandelen?oldid=42551048> *Bijdragers:* Serassot, Robbot, Oscar, RobotE, Michiel1972, RobotMichiel1972, RobotQuistnix, Edoderoo, Gpvosbot, RoboRex, YurikBot, WillBot, Eskimbot, Didius, Thijs!bot, Bor Komorovski, MoiraMoira, Lymantria, VolkovBot, BotMultichill, Loveless, Den Hieperboree, Zorrobot, Koosg, GrouchoBot, Daniel.T, DragonBot, Beachcomber, BOTarate, Luckas~bot, MystBot, Ptbotgourou, ArthurBot, BKannen, GhalyBot, RomaineBot, Heureka, ErikvanB, EmausBot, Molen17, ZéroBot, Wezko, MerllwBot, Addbot, L.Houtbos, CamilleMauranne en Anoniem: 12
- **Hypersomnie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Hypersomnie?oldid=46070148> *Bijdragers:* Bemoeial, RobotE, RobotMichiel1972, HetKantoor, Jcb, RobotQuistnix, Gpvosbot, Vertrokken, SieBot, Thijs!bot, Elche1979, DodekBot, Wimpus, AlleborgoBot, Zorrobot, GrouchoBot, SilvonenBot, Broadbot, MastiBot, Luckas~bot, Ptbotgourou, ArthurBot, TaBOT~zerem, Obersachsebot, Xqbot, LucienBOT, RomaineBot, TobeBot, Jmarchn, KamikazeBot, EmausBot, ZéroBot, MerllwBot, Legobot, Addbot, Egyptoloog en Anoniem: 1
- **Rustelozebenensyndroom** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Rustelozebenensyndroom?oldid=44869060> *Bijdragers:* Robbot, Thiois, Ros, Itsme, Ronn, Volty, Maniago, Kleuske, Caudex Rax, Roelzzz, Fontes, Peronista, Kafir, Johan N, MoiraMoira, AnnabelsBot, Japiot, GijsvdL, TaalVerbeteraar~nlwiki, 3wisemen, Wimpus, AlleborgoBot, Spijker, Richardkiwi, Zorrobot, Koosg, Haddendaddendoedenda, Tjako, Gamut, Alexbot, Mx9, Taketa, MelancholieBot, Akoopal, SpBot, Luckas~bot, Ptbotgourou, DéRaBot, De Wikischim, SassoBot, WolterB, Rubinbot, Erik Wannee, RomaineBot, Dr Marcel, ErikvanB, ReinaartBot, Molen17, WikitanvirBot, ChuispastonBot, Lientje111, Dexbot, Addbot en Anoniem: 17
- **Stoornis in de impulsbeheersing** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Stoornis_in_de_impulsbeheersing?oldid=44720871 *Bijdragers:* Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, Johann Gambolputty, Floris V, SieBot, VolkovBot, Wimpus, Loveless, GrouchoBot, Luckas~bot, MystBot, EmausBot, Molen17, MerllwBot, SteenthIwbot, Addbot, Egyptoloog en Anoniem: 1
- **Kleptomanie** *Bron:* <https://nl.wikipedia.org/wiki/Kleptomanie?oldid=45858679> *Bijdragers:* Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, Johjak, RoboRex, Peter b, YurikBot, FlaBot, Maniago, Kleuske, BesselDekker, Mexicano, Simeon, Jvhertum, SieBot, Thijs!bot, Edwinb, Ciell, Wtje, Bardman, DIEGO RICARDO PEREIRA, CrazyPhunkbot, Look Sharp!, Wouterjanss, Rudolphous,

- TXiKiBoT, VolkovBot, BotMultichill, AlleborgoBot, Loveless, Wutsje, Albambot, JanB46, Dqfn13, Luckas-bot, MrBlueSky, ChenzwBot, ArthurBot, Xqbot, Compro, RomaineBot, Wiki13, Woodcutterty, Queeste, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, Lotje, Ripchip Bot, Addbot, Oreon10 en Anoniem: 20
- **Pathologisch gokken** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Pathologisch_gokken?oldid=45516065 Bijdragers: Patrick, Advance, Inge Habex, RobotMichiel1972, Lexw, HetKantoor, Lieven Smits, RobotQuistnix, Algont, RoboRex, Johann Gambolputty, Chobot, RonaldB, DirkK, YurikBot, GilliamJF, Mexicano, Jvhertum, SieBot, Bor Komorovski, CommonsDelinker, Kweniston, Lymantria, VolkovBot, BotMultichill, Loveless, Louperibot, ZorroBot, Tjako, BotSottile, Delemon, Luckas-bot, Ptbogourou, ArthurBot, DirIBot, De Wikischim, Xqbot, Trewal, Woodcutterty, ErikvanB, EmausBot, Molen17, ZéroBot, Densos, Els52, Dexbot, Addbot en Anoniem: 6
 - **Pyromanie** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Pyromanie?oldid=45599575> Bijdragers: Bemoeial, Serassot, Robbot, Inge Habex, Thijs!, Michiel1972, Robotje, BenTheWikiMan, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Apdency, FlaBot, Maniago, Kleuske, Eskimbrot, Robb, Simeon, SieBot, Thijs!bot, Dapsv, TXiKiBoT, VolkovBot, Chmee2, Wutsje, Richardkiwi, Alexbot, Blueknight, JanB46, JoBOT, MystBot, Goudsbloem, XZeroBot, Xqbot, RomaineBot, Dynamik-bot, EmausBot, Molen17, Targaryen, Addbot, DottyMcFear13 en Anoniem: 9
 - **Periodieke explosieve stoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Periodieke_explosieve_stoornis?oldid=41717453 Bijdragers: Advance, Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, HetKantoor, Johann Gambolputty, Paul-MD, Aiko, VolkovBot, GrouchoBot, Kwiki, MystBot, RomaineBot, EmausBot, ZéroBot, Legobot, Addbot en Anoniem: 1
 - **Trichotillomanie** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Trichotillomanie?oldid=45916524> Bijdragers: Andre Engels, Bemoeial, Advance, Robbot, Inge Habex, RobotE, Mwpnl, RobotMichiel1972, HetKantoor, RobotQuistnix, Kleuske, Bw, Mexicano, SieBot, Thijs!bot, Aiko, Balko Kabo, Bupatih, Basvb, Japiot, BotMultichill, Wimpus, CharlotteMaertens, Loveless, Mvangeest, GrouchoBot, PixelBot, Rosabella83, CarsracBot, Kwiki, LaaknorBot, Luckas-bot, MystBot, Xqbot, RomaineBot, EmausBot, Molen17, ChuispastonBot, Rikkertleendert, Addbot en Anoniem: 15
 - **Aanpassingsstoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Aanpassingsstoornis?oldid=44384524> Bijdragers: Patrick, Advance, Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, HetKantoor, RoboRex, Johann Gambolputty, SieBot, Aiko, Basvb, MoiraMoira, BotteHarry, Luckas-bot, Amirobot, Nallimbrot, Xqbot, BenzolBot, Trijnstel, Woodcutterty, TjBot, EmausBot, Molen17, ZéroBot, WikitanvirBot, Targaryen, Ripchip Bot, Addbot en Anoniem: 4
 - **Persoonlijkheidsstoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Persoonlijkheidsstoornis?oldid=45910291> Bijdragers: Ellywa, Bemoeial, HoofBot, Robbot, Inge Habex, Kattenkruid, RonaldW, Bean 19, RobotMichiel1972, Sietse Snel~nlwiki, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Galwaygirl, Dandy, Edoderoo, Algont, RoboRex, Johann Gambolputty, Kassie, Chlewbob, JorisvS, Mexicano, Thijs!bot, Aiko, Die engerd uit de film, Machaerus, MoiraMoira, Rei-bot, Woudpiek, Kweniston, TXiKiBoT, Mausey5043, BotMultichill, RenéV, Myfactory, Yfbos, Idioma-bot, Loveless, SilvonenBot, Toth, Alecs.bot, Jacobodorus, Luckas-bot, MrBlueSky, Nallimbrot, ArthurBot, Theobald Tiger, Xqbot, Mirada1923, Rubinbot, DumZiBoT, Erik Wannee, TBloemink, Woodcutterty, ErikvanB, Molen17, SIMBADCREATOR, MerlIwBot, Sanya3, Addbot, Kronkelwilg, 12345danNL en Anoniem: 26
 - **Paranoïde persoonlijkheidsstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Parano%C3%AFde_persoonlijkheidsstoornis?oldid=40961697 Bijdragers: Bemoeial, Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Robotpjetter, RoboRex, Johann Gambolputty, YurikBot, Thijs!bot, MoiraMoira, DorganBot, Alecs.bot, Luckas-bot, MystBot, Ptbogourou, Rubinbot, RibotBOT, Spraakverwarring, RomaineBot, Woodcutterty, EmausBot, ChuispastonBot, MerlIwBot, Brooklynbridge, YFdyyh-bot, Addbot en Anoniem: 4
 - **Schizotypische persoonlijkheidsstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Schizotypische_persoonlijkheidsstoornis?oldid=41719997 Bijdragers: Arent, Jürgen, Bemoeial, Falcong, Inge Habex, RobotMichiel1972, B kimmel, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Johann Gambolputty, YurikBot, BoH, SieBot, Sulkava, Hoebele, VolkovBot, BotMultichill, YonaBot, Louperibot, ZorroBot, GrouchoBot, BotSottile, StigBot, LaaknorBot, Luckas-bot, Flurps, Xqbot, Cumgranosalis, Spraakverwarring, RomaineBot, NFSreloaded, Woodcutterty, ErikvanB, KamikazeBot, Lexcy11, EmausBot, ZéroBot, MerlIwBot, Grmb176, Minsbot, Addbot en Anoniem: 13
 - **Schizoïde persoonlijkheidsstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Schizo%C3%AFde_persoonlijkheidsstoornis?oldid=44049126 Bijdragers: Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Mondhir, Galwaygirl, RoboRex, Johann Gambolputty, Chobot, YurikBot, Kleuske, Zielknijper, BoH, SieBot, Thijs!bot, anacondabot, VolkovBot, Mw007, ZorroBot, Fenke, Alecs.bot, SpBot, LaaknorBot, Luckas-bot, MystBot, ArthurBot, Xqbot, Cumgranosalis, Spraakverwarring, RomaineBot, Woodcutterty, EmausBot, Molen17, ChuispastonBot, Ripchip Bot, MerlIwBot, Addbot en Anoniem: 6
 - **Antisociale persoonlijkheidsstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Antisociale_persoonlijkheidsstoornis?oldid=45579909 Bijdragers: Andre Engels, Bemoeial, Robbot, Inge Habex, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, RoboRex, Johann Gambolputty, Paul-MD, RonaldB, Maniago, Zielknijper, Gert-Jan van den Oetelaar, SieBot, Thijs!bot, Aiko, JAnDbot, DodekBot, BotMultichill, Idioma-bot, Loveless, GrouchoBot, Jasper Coenraats, Runner5710, SilvonenBot, Toth, Alecs.bot, NjardarBot, JanB46, Luckas-bot, JGrosman, ArthurBot, Mathonius, Rrdoomernik, FoxBot, Xqbot, Spraakverwarring, Erik Wannee, RomaineBot, Woodcutterty, KamikazeBot, TjBot, Queeste, DixonDBot, EmausBot, Soesse, MerlIwBot, Rezabot, Minsbot, YFdyyh-bot, Addbot, Roykejans24 en Anoniem: 16
 - **Borderline-persoonlijkheidsstoornis** Bron: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Borderline-persoonlijkheidsstoornis?oldid=46056858> Bijdragers: Andre Engels, Evanherk, Fruggo, Bemoeial, Jeroen, Serassot, Robbot, Inge Habex, Kattenkruid, Oscar, Geus, Bob.v.R, Mwpnl, Michiel1972, Ano niem, RobotMichiel1972, Mdd, RJB, Lexw, Snafje, HetKantoor, Tdevries, Fnorp, RobotQuistnix, Galwaygirl, Joost, RoboRex, Vertrokken, Peter b, AlexP, Johann Gambolputty, Annabel, Dartelaar, RonaldB, Corriebert, Aleichem, Errabee, Dolledre, YurikBot, Eve, FlaBot, Maniago, Kleuske, Beast from the Bush, Ravingwolf, Thomas-, Lestari, Mexicano, Simon-sake, Trimbos, Boskoyevsky, Mbch331, LK~nlwiki, Jvhertum, SieBot, Thijs!bot, Joris, Tasja, Hajo, Mozjac, Brimz, Erik1980, Maiella, Magere Hein, Sustructu, Ciell, Balko Kabo, Marjol3in, A Duck, AsgardBot, Johan N, MoiraMoira, Letterman, YoshiDaSilva, Xyzy, Look Sharp!, GoodEsmeralda, Razorz, VanBuren, Arina, DorganBot, TXiKiBoT, Grashoofd, Handige Harrie, Sarieke, GijsvdL, Dark-Cloud-13, Myfactory, Lennartgoosens, Wimpus, AlleborgoBot, Ingelodge vandaal, Gileba, Ibbeltje, Idioma-bot, Loveless, Patricia de Kleijn, Longfield, Wutsje, Richardkiwi, GrouchoBot, VUQuiescant, Kthoelen, Kroose, DustSpinner, Learningtolive, Jari94, Macme, Mkleen, Forrestjunky, Alexbot, Toth, Gustavocarra, Species8473~nlwiki, Veronica538, CarsracBot, Pompidom, Kwiki, JanB46, LaaknorBot, DGT, Luckas-bot, Pollok, MrBlueSky, Ptbogourou, Goudsbloem, Poeh79, Edoderoobot, Mathonius, Xqbot, RibotBOT, Marcel66, Pompidombot, Spraakverwarring, RomaineBot, BenzolBot, Nzpostit, Woodcutterty, Dynamik-bot, ErikvanB, Queeste, EmausBot, Gigabert, Hans Plantinga, Joopwikibot, Ed Lane, A.Botermans, HiW-Bot, Grmb176, Maartenschrijft, Legobot, Desmet dave, Madelief1985, Wikiwerner, DottyMcFear13 en Anoniem: 130
 - **Narcistische persoonlijkheidsstoornis** Bron: https://nl.wikipedia.org/wiki/Narcistische_persoonlijkheidsstoornis?oldid=45689296 Bijdragers: Andre Engels, Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, Lexw, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Galwaygirl, RoboRex,

Hverbiesen, Johann Gambolputty, Paul-MD, Gil heuvelmans, Ronaldvd, Kleuske, Beast from the Bush, Thijs!bot, Aiko, Maiella, FakirNL, MoiraMoira, Woudpiek, DodekBot, Aesopos, Mw007, Edroxx19, Phenoss, Idioma-bot, Richardkiwi, Tekstman, Kwiki, MrBlueSky, Hartenhof, Rrdoomernik, Pompidombot, Spraakverwarring, Smile4ever, RomaineBot, Woodcuttery, JurriaanH, Queeste, Hans Hogendijk van Grol, Bergm550, Hans Plantinga, MerlIwBot, Iconized, Addbot en Anoniem: 19

- **Theatrale persoonlijkheidsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Theatrale_persoonlijkheidsstoornis?oldid=40962410 *Bijdragers:* Bemoeial, Inge Habex, RobotE, RobotMichiel1972, Ype, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Rex, Johann Gambolputty, YurikBot, EdBever, SieBot, Thijs!bot, VolkovBot, Idioma-bot, Gerakibot, Zorrobot, GrouchoBot, Toth, MastiBot, Amirobot, Yonidebot, Sjorsxeny, Xqbot, RibotBOT, Spraakverwarring, RomaineBot, Woodcuttery, ErikvanB, EmausBot, WikitanvirBot, Addbot en Anoniem: 12
- **Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Afhankelijke_persoonlijkheidsstoornis?oldid=40961183 *Bijdragers:* Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, IJzeren Jan, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, Johjak, RoboRex, Johann Gambolputty, Chobot, YurikBot, Thijs!bot, BotMultichill, Wimpus, Idioma-bot, Ken123BOT, Calle Widmann, Zorrobot, PixelBot, Obersachsebot, Spraakverwarring, RomaineBot, Trevinci, Woodcuttery, EmausBot, Legobot, Addbot en Anoniem: 3
- **Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Obsessieve-compulsieve_persoonlijkheidsstoornis?oldid=45608560 *Bijdragers:* Bemoeial, Advance, Laudaka, Inge Habex, RobotMichiel1972, JePe, Snafje, HetKantoor, LimoWreck, Freek Verkerk, RoboRex, Johann Gambolputty, Didius, Jvherstum, SieBot, Bever, Woudpiek, Kweniston, R.schwab, Synthebot, Idioma-bot, BotSottile, SilvononBot, JRB, Lukas-bot, MystBot, Yonidebot, ArthurBot, TaBOT-zerem, Xqbot, Spraakverwarring, RomaineBot, Heimeriks, Woodcuttery, ErikvanB, EmausBot, WikitanvirBot, MerlIwBot, AvicBot, Addbot en Anoniem: 10
- **Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis** *Bron:* https://nl.wikipedia.org/wiki/Ontwijkende_persoonlijkheidsstoornis?oldid=46218931 *Bijdragers:* Bemoeial, Inge Habex, RobotMichiel1972, Snafje, HetKantoor, RobotQuistnix, RoboRex, Johann Gambolputty, Chobot, YurikBot, SieBot, Thijs!bot, Maiella, Machaerus, WeiaR, MoiraMoira, PAvdK, VolkovBot, Idioma-bot, Zorrobot, GrouchoBot, PixelBot, JanB46, Obersachsebot, Xqbot, RibotBOT, Pompidombot, Spraakverwarring, RomaineBot, D'ohBot, Woodcuttery, Dynamik-bot, ErikvanB, EmausBot, StefanK90, ConradoZ, Southparkfan, Addbot en Anoniem: 17

21.2 Afbeeldingen

- **Bestand:Alzheimer's disease-neuron_death.gif** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/78/Alzheimer%27s_disease-neuron_death.gif *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* Gif created from *Inside the Brain: Unraveling the Mystery of Alzheimer's Disease*, by the National Institute on Aging. *Oorspronkelijke artiest:* 7mike5000
- **Bestand:Alzheimer's disease brain comparison.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a5/Alzheimer%27s_disease_brain_comparison.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:*
- SEVERESLICE_HIGH.JPG *Oorspronkelijke artiest:*
- derivative work: Garrondo (talk)
- **Bestand:Amnesie.jpg** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3c/Amnesie.jpg> *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Albert kok
- **Bestand:Anorexia case 1900.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/ba/Anorexia_case_1900.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* 'http://jubil.upmc.fr/sdx/pl/top.xsp?id=CS_000013_013&qid=sdx_q0&fmt=upmc&idtoc=CS_000013_013-pleadetoc&base=fa&n=13&ss=true&as=&ai=' *Oorspronkelijke artiest:* Georges Gasne (his position being "chef the clinique de la Salpêtrière" at publication).
- **Bestand:Artistic view of how the world feels like with schizophrenia - journal.pmed.0020146.g001.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/2f/Artistic_view_of_how_the_world_feels_like_with_schizophrenia_-_journal.pmed.0020146.g001.jpg *Licentie:* CC0 *Bijdragers:* Plos Medicine *Oorspronkelijke artiest:* Craig Finn (schizophrenia patient)
- **Bestand:Auguste D aus Marktbreit.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1d/Auguste_D_aus_Marktbreit.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Onbekend *Oorspronkelijke artiest:* Onbekend
- **Bestand:Autismo-fita3.jpg** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/37/Autismo-fita3.jpg> *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Francisco Paiva Junior
- **Bestand:Ben Jigsaw Puzzle Puzzle Puzzle.png** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ef/Ben_Jigsaw_Puzzle_Puzzle_Puzzle.png *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Kimhunghan
- **Bestand:Burned container.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d9/Burned_container.jpg *Licentie:* CC-BY-SA-3.0 *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Chmee2
- **Bestand:Chlorpromazine-3D-vdW.png** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3e/Chlorpromazine-3D-vdW.png> *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Ben Mills
- **Bestand:Commons-logo.svg** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4a/Commons-logo.svg> *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* This version created by Pumbaa, using a proper partial circle and SVG geometry features. (Former versions used to be slightly warped.) *Oorspronkelijke artiest:* SVG version was created by User:Grunt and cleaned up by 3247, based on the earlier PNG version, created by Reidab.
- **Bestand:Crystal txt.png** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/83/Crystal_txt.png *Licentie:* LGPL *Bijdragers:* All Crystal icons were posted by the author as LGPL on kde-look *Oorspronkelijke artiest:* Everaldo Coelho (YellowIcon);
- **Bestand:Disambig-dark.svg** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ea/Disambig-dark.svg> *Licentie:* CC-BY-SA-3.0 *Bijdragers:* Original Commons upload as Logo Begriffsklärung.png by Baumst on 2005-02-15 *Oorspronkelijke artiest:* Stephan Baum

- **Bestand:Dissociative_identity_disorder.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/41/Dissociative_identity_disorder.jpg Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: Eigen werk Oorspronkelijke artiest: 04Mukti
- **Bestand:Dr_Jekyll_and_Mr_Hyde_poster_edit2.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/78/Dr_Jekyll_and_Mr_Hyde_poster_edit2.jpg Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: Dit bestand is beschikbaar in de Prints and Photographs division van de Library of Congress via digitaal ID cph.3g08267.
Deze banner zegt niets over de auteursrechten die van toepassing zijn. Een normale auteursrechten-tag is nodig. Zie Commons:Licensing voor meer informatie. Oorspronkelijke artiest: Modifications by Papa Lima Whiskey
- **Bestand:Esculaap4.svg** Bron: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/66/Esculaap4.svg> Licentie: GFDL Bijdragers: self-made, SVG-versie van Image:Esculaap3.png by Evanherk, GFDL Oorspronkelijke artiest: .Koen
- **Bestand:Eugen_bleuler.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c4/Eugen_bleuler.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: [1] Oorspronkelijke artiest: author of photograph unknown
- **Bestand:Georges_Gilles_de_la_Tourette.png** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b1/Georges_Gilles_de_la_Tourette.png Licentie: Public domain Bijdragers: Dit bestand is afgeleid van Georges Gilles de la Tourette.jpg: Oorspronkelijke artiest: Georges_Gilles_de_la_Tourette.jpg: Unknown, the plate was photographed by an E. Pirou who might be Eugène Pirou (1841–1909).
- **Bestand:Girl_suffering_form_anxiety.JPG** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b1/Girl_suffering_from_anxiety.jpg Licentie: CC-BY-SA-3.0 Bijdragers: Verplaatst vanaf ku.wikipedia naar Commons door MikaelF. Oorspronkelijke artiest: Bablekan op de Koerdischtalige Wikipedia
- **Bestand:Glore_Stomach_Display.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/03/Glore_Stomach_Display.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: Transferred from en.wikipedia Oorspronkelijke artiest: Original uploader was MetalSlugX at en.wikipedia
- **Bestand:Goya-Guerra_(09).jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d2/Goya-Guerra_%2809%29.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: PDF from Arno Schmidt Reference Library Oorspronkelijke artiest: Francisco Goya
- **Bestand:Gull_-_Anorexia_Miss_A.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/9c/Gull_-_Anorexia_Miss_A.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: Collection of the Published Writings of Sir William Gull, MD Oorspronkelijke artiest: William Withey Gull, Bart, M.D., F.R.S.; edited by Theodore Dyke Acland, M.D.
- **Bestand:Honoré_Daumier_032.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/74/Honor%C3%A9_Daumier_032.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: The Yorck Project: 10.000 Meisterwerke der Malerei. DVD-ROM, 2002. ISBN 3936122202. Distributed by DIRECTMEDIA Publishing GmbH. Oorspronkelijke artiest: Honoré Daumier
- **Bestand:Huntington.jpg** Bron: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/67/Huntington.jpg> Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: Eigen werk Oorspronkelijke artiest: Frank Gaillard
- **Bestand:Johann_Heinrich_Füssli_030.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7d/Johann_Heinrich_F%C3%BCssli_030.jpg Licentie: Public domain Bijdragers: The Yorck Project: 10.000 Meisterwerke der Malerei. DVD-ROM, 2002. ISBN 3936122202. Distributed by DIRECTMEDIA Publishing GmbH. Oorspronkelijke artiest: Johann Heinrich Füssli
- **Bestand:John_Forbes_Nash,_Jr._by_Peter_Badge.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a9/John_Forbes_Nash%2C_Jr._by_Peter_Badge.jpg Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: OTRS submission by way of Jimmy Wales Oorspronkelijke artiest: Peter Badge / Typos1
- **Bestand:Methylfenidaat_NL.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d6/Methylfenidaat_NL.jpg Licentie: CC-BY-SA-3.0 Bijdragers: Eigenwerk Oorspronkelijke artiest: nl>User:Quistnix
- **Bestand:Mother-Child_face_to_face.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/29/Mother-Child_face_to_face.jpg Licentie: CC BY 2.0 Bijdragers: Danielle & Lilliyan Flickr Oorspronkelijke artiest: Robert Whitehead
- **Bestand:NI-Hypersomnia-article.ogg** Bron: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/50/NI-Hypersomnia-article.ogg> Licentie: CC-BY-SA-3.0 Bijdragers: Eigen werk Oorspronkelijke artiest: Jcb
- **Bestand:Nuvola_single_chevron_right.svg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ee/1rightarrow_blue.svg Licentie: LGPL Bijdragers: 1rightarrow.png: Oorspronkelijke artiest: en:David Vignoni, User:Stannered
- **Bestand:Obstruction_ventilation_apnée_sommeil.svg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/69/Obstruction_ventilation_apn%C3%A9e_sommeil.svg Licentie: Public domain Bijdragers: Own work based on: http://topnews.in/health/files/sleep-apnea_0.jpg Oorspronkelijke artiest: English: Credits to **Habib M'henni** / Wikimedia Commons
- **Bestand:P_culture.svg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4f/P_culture.svg Licentie: CC-BY-SA-3.0 Bijdragers: ? Oorspronkelijke artiest: ?
- **Bestand:PiB_PET_Images_AD.jpg** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b9/PiB_PET_Images_AD.jpg Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: Eigen werk Oorspronkelijke artiest: Klunkwe
- **Bestand:Pick'{}s_disease.png** Bron: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/fd/Pick%27s_disease.png Licentie: CC BY-SA 3.0 Bijdragers: Eigen werk Oorspronkelijke artiest: Mikhail Kalinin
- **Bestand:Portal_icon.svg** Bron: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c9/Portal.svg> Licentie: CC BY 2.5 Bijdragers:
 - Portal.svg

Oorspronkelijke artiest: Portal.svg: Pepetps

- **Bestand:Primary_Laos2.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/72/Primary_Laos2.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Masae
- **Bestand:RLS-Schlafmuster.png** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/11/RLS-Schlafmuster.png> *Licentie:* CC-BY-SA-3.0 *Bijdragers:* Eigen werk (Markus Mueller) *Oorspronkelijke artiest:* Markus Mueller
- **Bestand:Red_House_School_English_class.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ed/Red_House_School_English_class.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Verplaatst vanaf en.wikipedia naar Commons door Computerjoe met behulp van CommonsHelper. *Oorspronkelijke artiest:* Jallinson01 op de Engelstalige Wikipedia
- **Bestand:Riboflavin_penicillinamide.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1e/Riboflavin_penicillinamide.jpg *Licentie:* CC-BY-SA-3.0 *Bijdragers:* Verplaatst vanaf en.wikipedia naar Commons. *Oorspronkelijke artiest:* Poindexter Propellerhead op de Engelstalige Wikipedia
- **Bestand:Rijtjes_sommen_beloning.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0e/Rijtjes_sommen_beloning.jpg *Licentie:* CC BY-SA 3.0 nl *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Onderwijsgek
- **Bestand:RomanW-01.png** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4a/RomanW-01.png> *Licentie:* CC-BY-SA-3.0 *Bijdragers:* ? *Oorspronkelijke artiest:* ?
- **Bestand:Schizophrenia_fMRI_working_memory.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/41/Schizophrenia_fMRI_working_memory.jpg *Licentie:* CC BY 2.5 *Bijdragers:* PLoS One. 2010 Aug 11;5(8):e12068. An event-related FMRI study of phonological verbal working memory in schizophrenia.doi:10.1371/journal.pone.0012068.g002. PMID 20725639 *Oorspronkelijke artiest:* Kim J, Matthews NL, Park S.
- **Bestand:Schizophrenia_world_map_-_DALY_-_WHO2004.svg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7c/Schizophrenia_world_map_-_DALY_-_WHO2004.svg *Licentie:* CC BY-SA 2.5 *Bijdragers:*
- Vector map from BlankMap-World6, compact.svg by Canuckguy et al. *Oorspronkelijke artiest:* Lokal_Profil
- **Bestand:Seksdivarbar.png** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/78/Seksdivarbar.png> *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Paul2
- **Bestand:Sergey_Korsakov.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/12/Sergey_Korsakov.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* <http://www.npar.ru/journal/2004/4/korsakov.htm> *Oorspronkelijke artiest:* Onbekend
- **Bestand:SuicideRates.PNG** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/dd/SuicideRates.PNG> *Licentie:* CC BY 3.0 *Bijdragers:* Self-made, World Health Organization, Times of India: India, China have highest suicide rates in the world *Oorspronkelijke artiest:* Sbw01f
- **Bestand:TANGLES_HIGH.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/51/TANGLES_HIGH.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/A01D12CE-17E3-4D3D-BCEF-9ABC4FF91900/0/TANGLES_HIGH.JPG *Oorspronkelijke artiest:* ADEAR: "Alzheimer's Disease Education and Referral Center, a service of the National Institute on Aging."
- **Bestand:Trichotillomania_1.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/45/Trichotillomania_1.jpg *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* de.wiki *Oorspronkelijke artiest:* Robodoc (original uploader)
- **Bestand:USMC-101207-M-5623T-001.jpg** *Bron:* <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/de/USMC-101207-M-5623T-001.jpg> *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* Deze afbeelding werd vrijgegeven door de Marine Corps van de Verenigde Staten met het ID 101207-M-5623T-001 (next). Deze banner zegt niets over de auteursrechten die van toepassing zijn. Een normale auteursrechten-tag is nodig. Zie Commons:Licensing voor meer informatie. *Oorspronkelijke artiest:* ?
- **Bestand:Vincent_Van_Gogh_-_Sorrow.JPG** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d5/Vincent_Van_Gogh_-_Sorrow.JPG *Licentie:* Public domain *Bijdragers:* ? *Oorspronkelijke artiest:* Vincent van Gogh
- **Bestand:Wiktfavicon_en.svg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c3/Wiktfavicon_en.svg *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* ? *Oorspronkelijke artiest:* ?
- **Bestand:Yours_Food_Logo.jpg** *Bron:* https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cc/Yours_Food_Logo.jpg *Licentie:* CC BY-SA 3.0 *Bijdragers:* Eigen werk *Oorspronkelijke artiest:* Shekharoo

21.3 Inhoudslicentie

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0